

UNIVERSITE DU QUEBEC

MEMOIRE
PRESENTE A
L'UNIVERSITE DU QUEBEC A TROIS-RIVIERES
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAITRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
YOLANDE PILON

ETUDE DE LA PERCEPTION ET DU DEGRE
DE SATISFACTION DU CLIENT
FACE A SON THERAPEUTE

OCTOBRE 1990

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Table des matières

Introduction	1
Chapitre premier - Perception du client et satisfaction en fin de processus thérapeutique . .	5
Perception du client	6
Satisfaction du client	34
Lien entre la perception du client et son degré de satisfaction en fin de processus thérapeutique	41
Chapitre II - Description de l'expérience	45
Population	47
Instruments de mesure	49
Déroulement de l'expérience	58
Hypothèses expérimentales	61
Chapitre III - Analyse et discussion des résultats . . .	64
Analyse descriptive des données	65
Vérification des hypothèses	81
Discussion des résultats	83
Considérations générales sur la recherche	96

Table des manières (suite)

Conclusion	109
Appendice A - Profil des sujets	115
Appendice B - Lettre explicative	118
Feuille - réponse et retour sur le processus thérapeutique	
Appendice C - Résultats individuels	123
Remerciements	136
Références	139

Sommaire

Cette recherche tente d'étudier à la fois la persistance de la perception du client face à son thérapeute et le lien entre la perception du client face à son thérapeute et le degré de satisfaction du client en fin de processus thérapeutique.

Dans la présente recherche, la perception du client est basée sur le principe de la formation d'impressions et le processus d'attribution étudiés en psychologie sociale. L'idée d'influence sociale en thérapie s'est amorcée au début des années '50, pour finalement s'opérationnaliser autour des années '70.

Deux hypothèses sont formulées : la première hypothèse suppose, en se basant sur la persistance de la première impression, qu'il n'y aura aucun changement de perception du client face à son thérapeute au début et en fin de processus thérapeutique; la seconde hypothèse stipule l'existence d'un lien significatif entre la perception du client face à son thérapeute et le degré de satisfaction du client en fin de thérapie.

Quatre instruments sont utilisés afin de mesurer les variables étudiées. D'une part, la perception du client est évaluée à l'aide de l'**Évaluation de l'intervenant (e) en counseling** (Barak et La Crosse, 1975) en début et fin de processus thérapeutique. D'autre part, la satisfaction du client est mesurée par deux tests standardisés et un questionnaire-maison. Ce sont : l'**Inventaire de l'évaluation de la consultation**, (Linden et al., 1965) l'**Évaluation des services à la clientèle** (Larsen et al., 1979) et le **Retour sur le processus thérapeutique**.

Pour vérifier ces hypothèses, l'expérimentation s'effectue au Centre universitaire de consultation en psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Echelonnée sur une année et demie, la recherche se réalise avec la participation volontaire de thérapeutes-stagiaires et vingt-cinq sujets consultant au Centre.

Contrairement à la formulation de la première hypothèse, les résultats obtenus montrent que la perception des clients change entre le début et la fin du processus thérapeutique. La majorité des sujets obtiennent des scores plus élevés à l'**Évaluation de l'intervenant (e) en counseling** en fin de thérapie, ce qui révèle une perception plus favorable. Il convient cependant de demeurer prudent quant à l'interprétation

de ces résultats inattendus compte-tenu de certaines limites de l'instrument utilisé.

D'autre part, en fonction de la seconde hypothèse, le degré de satisfaction en fin de processus est effectivement en relation avec la perception initiale du client face au thérapeute. Par contre, les résultats à l'**Evaluation des services à la clientèle** apparaissent inconsistants et peu pertinents dans ce cadre expérimental.

Des démarches subséquentes gagneraient à : augmenter la population expérimentale, se prévaloir d'un groupe contrôle, insister sur l'importance de prendre tout le temps nécessaire pour répondre aux questionnaires, et finalement, envisager de pallier au plafonnement de l'échelle d'appréciation de l'**Evaluation de l'intervenant (e) en counseling**.

Introduction

La psychologie, depuis ses débuts, se questionne sur les meilleures approches thérapeutiques, les conditions environnementales idéales et les attitudes et comportements thérapeutiques les plus adéquats. Après plus de 75 ans de pratique formelle de la psychothérapie. Il apparaît difficile d'établir avec certitude les caractéristiques du client qui bénéficiera de la thérapie, les qualités facilitantes du thérapeute, ni le meilleur pairage pour que l'interaction soit la plus aidante (Luborsky et al., 1988). L'objet même de la recherche en counseling étant peu opérationnel en soi, cela accentue d'autant les difficultés d'expérimentation. Plusieurs études tentent de cerner les facteurs qui peuvent influencer les résultats thérapeutiques, et notamment, certains aspects de l'interaction thérapeute-client retiennent l'attention.

Nous en sommes maintenant rendus à la troisième génération de recherche en psychothérapie et bon nombre de recherches sur le processus de la relation d'aide professionnelle s'appuient sur le concept d'influence sociale. L'influence sociale du thérapeute est constituée, selon French et Ravel (1959 : voir Corrigan et al., 1980), des besoins du client et des ressources qu'il perçoit chez le thérapeute.

A la fin des années '60, Strong (1968) précise que la thérapie est une situation spéciale d'un processus général

d'influence sociale. La perception du client de certaines caractéristiques désirables chez le thérapeute détermine la capacité de celui-ci à influencer le client.

Suivant les travaux de Hovland, Janis, Kelley (1953 : voir Barak et La Crosse, 1975), Strong identifie les trois caractéristiques selon lesquelles le client pourrait percevoir le thérapeute. S'inspirant donc des recherches en psychologie sociale, Strong (1968) postule que le thérapeute perçu comme compétent, attrayant et digne de confiance augmentera sa capacité d'influencer le client à changer ses comportements ou opinions. Il a stimulé de nombreux chercheurs en conceptualisant ainsi le counseling comme un processus d'influence sociale.

Ainsi, Barak et La Crosse (1975) ont développé un instrument de mesure, le **Counseling Rating Form (C.R.F.)** afin de quantifier la perception du client selon ces trois dimensions énoncées par Strong. Le **Counseling Rating Form (C.R.F.)** a, par la suite, été utilisé conjointement avec d'autres instruments afin de mesurer certains phénomènes, tels la manipulation de différentes caractéristiques du thérapeute (sexe, âge, titre, présentation) sur la perception du client; le changement de perception dans le temps; la prédiction des résultats thérapeutiques basés sur la première impression du client; et le

degré de satisfaction du client en fonction de sa perception de l'aidant (Heppner et Heesacker, 1983; Zamostny et al., 1981).

La satisfaction du client reliée à sa perception du thérapeute est une composante fort intéressante, bien que peu étudiée. Pourtant, selon Gurman, (1977 : voir Charette et Thiboutot, 1981).il semble exister un lien direct entre la perception du client, la qualité de la relation thérapeutique, et la satisfaction.

Plusieurs chercheurs incluent maintenant la satisfaction des clients dans l'évaluation des programmes d'aide. Néanmoins d'autres facteurs autres que l'efficacité semblent déterminants de cette satisfaction ressentie de la part du client.

Dans la présente recherche, il sera étudié à la fois la persistance de la perception du client face à son thérapeute et le lien entre la perception du client face à son thérapeute et le degré de satisfaction du client en fin de processus thérapeutique. Le premier chapitre aborde différents auteurs dont les théories et les recherches ont contribué à la compréhension et à l'évolution des concepts de perception du client et degré de satisfaction du processus thérapeutique. Le second chapitre présente la méthodologie et les hypothèses de recherche. Quant au dernier chapitre, il présente et discute les résultats. Il

permet de vérifier les hypothèses émises et de formuler des recommandations pour des études futures.

Chapitre premier

Perception du client et satisfaction en fin de processus thérapeutique

Ce premier chapitre a pour but de démontrer la pertinence des hypothèses qui suggèrent une persistance dans la perception du client face à son thérapeute et une relation entre la perception du client face à son thérapeute et le degré de satisfaction du client en fin de processus thérapeutique. Une rétrospective des concepts de perception, de client, et de satisfaction du client sera d'abord présentée. Egalement, les recherches périphériques et celles portant directement sur le thème étudié seront rapportées et analysées pour cerner le problème posé et conduire à la formulation des hypothèses de travail.

Perception du client

Cette partie vient définir la notion de perception et de client. Par la suite, elle situe cette perception du client dans la relation thérapeute-client. Des concepts généraux de la perception seront d'abord élaborés pour ensuite voir les conceptions du courant de pensée analytique et sociale.

Nature et définition des notions de perception et de client

A. Perception

Il est maintenant reconnu en psychologie que la

perception de l'humain au moyen de ses cinq sens s'organise suivant certaines lois préétablies. Afin d'avoir le plus rapidement possible une idée globale du stimulus présenté et ainsi diminuer le temps de réponse et augmenter la justesse du traitement de l'information, l'être humain organise ses perceptions en simplifiant l'information mise à sa disposition. Lindsay et Norman (1980) précisent :

"Un des aspects le plus important de l'esprit humain est son habileté et sa tendance à construire des modèles du monde, à prédire les événements, à se former des attentes à partir de ses propres expériences. Cette capacité est d'une importance primordiale dans la perception où les attentes et le contexte jouent un rôle très important... les comportements des individus sont, la plupart fonction des comportements réels ou imaginés des autres individus" (p. 609-610).

Les organes sensoriels fournissent au cerveau des informations sur l'environnement; l'étude de la perception humaine comporte donc l'analyse des mécanismes qui agissent sur l'information sensorielle, l'interprétation, la classification et l'organisation de ces données sensorielles.

Le dictionnaire de psychologie (Sillamy, 1983), fournit une définition de la perception dans un contexte général:

"opération mentale complexe par laquelle une personne prend conscience de faits ou événe-

ments extérieurs. La perception est une construction de l'esprit dans laquelle interviennent non seulement les éléments fournis par nos organes des sens, mais encore nos connaissances qui viennent compléter les données sensorielles... toute notre personne est impliquée dans l'acte de percevoir, et non seulement nos connaissances. Ce sont d'abord nos attentes qui orientent notre perception... la perception est aussi déterminée par l'expérience passée, les motivations, l'affectivité, la culture - en un mot l'ensemble de la personnalité" (pp. 504-505).

En ce qui a trait aux perceptions sociales, l'individu procède par catégorisation de quelques éléments-clés. Certains traits chez le sujet perçu jouent un rôle organisateur, voire pivot pour l'ensemble de la perception et la formation d'impressions chez le percevant. Fischer (1987) écrit :

"Certains traits (qualificatifs de la personnalité) sont considérés organisateurs dans la mesure où ils induisent d'autres traits auxquels on les rattache, soit positivement, soit négativement" (p. 98).

Par exemple, un trait qualificatif comme "sincère" renvoie à d'autres traits tout aussi positifs et induits par le premier.

De plus, il semble selon Lindsay et Norman (1980) que des "schèmes mnémoniques s'appliquent aux personnes avec lesquelles nous interagissons ainsi qu'aux situations sociales auxquelles nous participons" (p. 610).

Les différents types d'expériences passées ne sont donc pas à minimiser lors des interrelations où d'ailleurs la perception joue un rôle prépondérant.

La formation d'impressions est également régie par d'autres règles. L'ordre dans lequel est présentée l'information détermine l'impression qui en résulte. L'effet de primauté (première information) accorde une grande valeur et durabilité aux premières informations recueillies tandis que l'effet de "récence" (dernière information mentionnée) accentue leur rétention temporaire (Lindsay et Norman, 1980). Solomon Asch (1952 : voir Lindsay et Norman, 1980) a été le premier à prouver l'impact de l'ordre de présentation dans la formation d'impression. Une personne décrite comme brillante, artistique, sentimentale, froide, bizarre et pointilleuse laisse une impression globale plus favorable que celle présentée comme pointilleuse, bizarre, froide, sentimentale, artistique et brillante. Deux explications résultent de cette démonstration: l'impression initiale est déterminée par les premiers éléments d'information, les autres renseignements sont assimilés à l'im-

pression globale existante, à moins qu'une plus grande attention ne soit portée aux premières informations reçues engendrant une tendance à ignorer les données subséquentes. C'est dire que la formation d'impressions s'organise autour des principes de cohérence, de persistance des premières impressions et de souvenir de l'information récente par la suite (Fischer, 1987). L'impression avec laquelle on demeure est celle bâtie à partir des premières informations, par la suite, une image cohérente s'organise en se fondant sur ces premières données. Comme le disait Jean-Jacques Rousseau, "il est des impressions éternelles que le temps ni les soins n'effacent point".

Incidentement, Geoffroy Lalonde (1980) s'est particulièrement intéressé aux premières impressions suscitées dans le contexte d'une entrevue d'embauche à savoir que le temps requis par l'employeur pour se former une idée et prendre une décision sur les compétences et la personnalité d'un candidat se limite à quatre minutes. Ce qui témoigne, il va sans dire, de la vulnérabilité de ce processus mental et émotif.

Puisque la présente recherche s'intéresse à la perception du client en thérapie, les notions de perception et perception sociale ont été abordées dans un premier temps. En second lieu, il convient d'examiner maintenant le concept de client et perception du client en thérapie afin de poser les

derniers jalons nécessaires à la présentation de différents courants de pensée.

B. Client

Le client est reconnu comme étant la personne qui se procure un bien ou bénéficie d'un service. Le client est donc le consommateur dudit bien ou service. Normalement, il a pu se prévaloir du choix du type de bien ou service ainsi que du distributeur commerçant ou professionnel.

En thérapie, le client se définit comme la personne qui reçoit le service de relation d'aide et qui, à intervalles plus ou moins fréquents, rencontre le thérapeute. Dans certaines approches, le client fait part de difficultés émotives et cherche écoute, empathie et respect auprès du thérapeute dans le but de cesser de reproduire ses attitudes et comportements souffrants. Une autre conception en thérapie s'attend à ce que le client rencontre un expert pour recevoir des réponses adéquates à des problèmes concrets; le client est alors davantage à la recherche de conseils.

La différence qui s'établit de façon démarquée entre la notion de client consommateur d'un bien et le client impliqué dans une thérapie est la dimension affective reliée à ce dernier. Evidemment, les publicitaires mettent à profit

l'affectivité du client pour susciter sa consommation; cependant, le bien est en soi dépourvu d'affectivité. Par contre, l'objet même de la thérapie peut être le travail affectif et le mieux-être émotif ou comportemental. La recherche d'un service de santé par exemple s'apparente davantage à la dimension affective. Lors d'une consultation médicale, l'aspect affectif, bien que souvent négligé, est présent et fréquemment garant de la poursuite du traitement.

Dans le cadre thérapeutique, il en va également ainsi: la manière dont le client voit son thérapeute contribue dans une proportion plus ou moins variable à son implication et sentiment de mieux-être. La vision globale subjective du client de la personne du thérapeute s'appuie sur les concepts généraux de la perception vus précédemment. Le traitement de l'information de perceptions sensorielles, les schèmes mnémoniques ainsi que les effets de primauté et de "récence" prévalent. La perception du client semble déterminer dans une large mesure les résultats thérapeutiques (Strong, 1968).

Ces diverses composantes du processus de formation d'impressions seront fort utiles pour mieux comprendre ultérieurement quelques expérimentations ayant trait à la perception sociale et au phénomène plus complexe de perception du client par rapport au thérapeute.

La perception dans la relation thérapeute-client sera maintenant discutée plus spécifiquement en abordant le courant de pensée analytique et sociale. Le premier courant étant reconnu pour son étude de la relation client-thérapeute, alors que le second s'attarde plutôt à l'aspect perceptuel du phénomène thérapeutique.

Conception du courant analytique

Depuis Freud qui a posé les jalons de la psychothérapie au début du siècle, l'importance de la relation client-thérapeute ne fait aucun doute. Les termes analysé-analysant, ou patient-analyste rendent ici davantage le vocabulaire usuel de ce courant de pensée. En psychanalyse, le concept relationnel particulier est étudié sous la bannière de transfert et contre-transfert.

C'est surtout vers les années '30 que le courant psychanalytique d'orientation transactionnelle a précisé sa conception interpersonnelle d'une psychiatrie psychanalytique avec Harry Stack Sullivan (Langs, 1988). C'est à cette époque que la dimension bipersonnelle a été considérée dans l'analyse où le patient et l'analyste forment les deux pôles de cette interaction. Préalablement, l'influence que le thérapeute

exerçait sur le patient par son implication inconsciente dans la cure était un courant peu populaire. Encore aujourd'hui, les orthodoxes répugnent à voir la cure purement "interactionnelle" (Langs, 1988). Le champ bipersonnel intègre pourtant des mécanismes interactionnels et intrapsychiques des deux participants (Langs, 1988).

Afin de bien saisir l'enjeu du champ bipersonnel ou d'inter-influence, fixons d'abord certaines définitions de base.

De façon générale, la notion de perception n'apparaît pas à priori comme concept de base à la psychanalyse. Néanmoins, elle est sans contredit présente sous l'aspect de l'interprétation et de l'organisation du traitement de l'information, surtout en ce qui a trait au transfert et contre-transfert, thèmes qui seront élaborés plus loin et constituant l'ancrage même de la thérapie. La dimension sensorielle quant à elle, fait davantage appel aux facteurs de réalité et constitue en soi un élément secondaire de la démarche analytique. La composante perceptuelle est pour ainsi dire le processus primaire sur lequel se greffe par la suite tout mécanisme projectif, essence de l'analyse.

Pour Sandler et Sandler (1988), le transfert est un "investissement libidinal d'un personnage important du passé sur la personne de l'analyste" (p. 905). La thérapie est un lieu de répétition de relations antérieures, un écran projectif sur lequel joue à nouveau les relations primaires.

Langs (1988) apporte une définition plus étoffée du transfert :

"La composante pathologique de la relation du patient au thérapeute. Basée sur des fantasmes, souvenirs et introjects pathologiques inconscients, le transfert inclut toutes les réponses et perceptions déformées et inappropriées à l'égard du thérapeute issues de ces contenus mentaux internes perturbateurs et les mécanismes de défense connexes. Ces déformations peuvent être basées sur des déplacements des figures génétiques passées aussi bien que sur des mécanismes interactionnels pathologiques" (p. 18).

Ainsi, l'idée de transfert suppose la façon fantasmatique dont le patient perçoit le thérapeute tant en fonction de ses propres investissements affectifs conflictuels passés qu'en regard des indices que l'analyste fournit réellement au patient par sa propre réalité aussi bien que les indices que laisse transparaître son inconscient.

A l'intérieur du champ bipersonnel, comme expose Langs (1988), "la relation du patient avec l'analyste a des composantes à la fois transférentielles et non-transférentielles" (p. 186). Le non-transfert sur lequel il revient plus loin est essentiellement constitué des zones non conflictuelles valides au plan de la réalité avec le thérapeute et qui permettent une interaction adéquate. Bien que parfois composé d'une répétition d'interactions pathogènes passées, le non-transfert est toujours fonction de la réalité actuelle. Des facteurs de réalité interviennent dans la perception du client: c'est la partie sensorielle réelle de l'interaction du patient avec l'analyste. C'est à ce point-ci que la dimension perceptuelle dans le sens précisé antérieurement trouve davantage son essence. Le non-transfert est cependant l'aspect le plus négligé de la psychanalyse puisque le moins projectif.

Langs (1988) fait également ressortir l'importance de la perception inconsciente du patient des positions contre-transférentielles. L'analysé manifeste cette perception de façon non-verbale - tout comme l'analyste - ou encore de façon verbale par des associations et leurs interprétations, ou encore certaines remarques.

La notion de transfert est limitée à la façon dont le patient déforme sa perception de l'analyste mais inclut de sur-

croît toutes les tentatives du patient, inconscientes et subtiles, à manipuler l'analyste et provoquer en lui un certain type de réaction (Sandler et Sandler, 1988). La réponse de l'analyste s'inscrit dans le concept du contre-transfert. Elle fait appel aux mêmes éléments perceptuels et projectifs que le transfert pour le client, et permet le dialogue intérieur. Parfois même, les obstacles contre-transférentiels peuvent nuire à la perception d'un transfert positif du patient (Le Tarte, 1988).

Ainsi, différentes dimensions inconscientes encouragent la perception du client : transfert, perception d'éléments contre-transférentiels et processus d'intériorisation et d'identification des aspects de la réalité. Il faut souligner différents paramètres qui contribuent à l'établissement des composantes transférentielles. Notamment le choix de l'analyste renferme déjà de nombreux indices d'introjects : le fruit du hasard saurait y être pour peu. Les différentes caractéristiques ou considérations qui guident le futur patient dans son choix sont révélatrices. La durée imposante de la cure et la fréquence assidue des rencontres encourage aussi l'émergence d'éléments inconscients. Les éléments transférentiels sont notamment mis en évidence lorsque le client formule une demande d'augmentation de la fréquence des rencontres.

Il faut voir ici que la conceptualisation du transfert, du contre-transfert et non-transfert bonifie d'autant l'étude du processus thérapeutique qu'elle le complexifie. L'originalité de concevoir la relation analytique de manière interactionnelle sert à ne plus limiter la perception du client face au thérapeute à la seule contribution de l'inconscient conflictuel du patient, mais aussi à des facteurs de réalité avec son vis-à-vis.

L'apport de la psychanalyse à l'étude de la perception du client en thérapie est avant tout conceptuel. Elle apporte cependant des questionnements intéressants. Ainsi, le choix du thérapeute, pour n'en nommer qu'un, suscite un intérêt de taille tant pour le clinicien que le chercheur. Le processus perceptuel n'est pas étranger à un tel jumelage, peu importe que le client ait été référé, qu'il consulte en fonction de l'approche ou la réputation, ou encore qu'il l'ait choisi "à tout hasard" dans le bottin, l'interprétation résultant des informations recueillies est indicative de sa perception. Le thérapeute est vécu comme personne réelle mais aussi écran projectif, bien que la nature de la cure et le travail en association libre insiste moins sur la dimension relationnelle que fantasmatique.

Pour poursuivre dans la même veine d'une meilleure compréhension de la perception du client, abordons maintenant le point de vue tel que présenté par la psychologie sociale et plus particulièrement l'influence sociale.

Conception du courant de la psychologie sociale

Avant de discuter l'influence de la psychologie sociale dans l'étude de la perception du client, il convient de rappeler l'intérêt particulier de certains auteurs à mieux cerner les conditions thérapeutiques facilitantes est de tout temps depuis qu'existe la relation thérapeutique telle que nous la connaissons. Comme le précise Scheid (1976), Rogers et ensuite Carkhuff, ont été les premiers cliniciens d'une autre approche qu'analytique, à partir de la fin des années '50, à s'interroger sur l'impact des attitudes et comportements du thérapeute.

Rogers (1957: voir Scheid, 1976), de pensée humaniste, rejoint en certains points la grille analytique. Son approche non directive et empathique trouve certaines similarités avec la neutralité bienveillante. Par contre, son implication interpersonnelle plus tangible l'amène à se dévoiler davantage et de ce fait, rend plus explicite l'influence réelle client-thérapeute. Son intervention s'apparente donc également

au courant de counseling et par extension à la psychologie sociale.

La psychologie sociale étudie les phénomènes sociaux des relations, par nature problématiques, entre l'individu et la société (Fischer, 1987). Cette spécialisation de la psychologie, bien que récente, a su établir certains postulats permettant de mieux comprendre ce qui sous-tend les relations sociales.

L'individu qui interagit transporte alors avec lui son bagage culturel, expériences passées, valeurs, préjugés, attentes. Ces nombreuses constituantes se révèlent tantôt facilitantes, tantôt défavorables à l'établissement d'une relation.

Dans ses relations, comme il a été écrit précédemment, certaines caractéristiques d'une personne deviennent des traits organisateurs d'une perception globale où gravitent d'autres qualificatifs secondaires, mais cohérents avec l'image centrale (Scheid, 1976). Il est expérimentalement prouvé que certains traits jouent un rôle prépondérant dans la construction de la perception d'autrui; s'appuyant sur une caractéristique, on infère plus ou moins facilement la présence ou l'absence d'autres traits (Stoetzel, 1978).

Dans la perception, l'importance de la motivation et la sélectivité a été étonnamment bien montrée par Levine, Chein et Murphy (Stoetzel, 1978) lors d'une expérience avec des sujets ayant ou non jeûné. Devant des épreuves graphiques imprécises les sujets devaient identifier ce qu'elles pouvaient représenter - à la manière des planches du test projectif Rorschach. Or, les sujets ayant jeûné n'y voyaient que de la nourriture, par opposition aux autres pour qui les représentations étaient beaucoup plus diversifiées.

En 1966, Goldstein extrapola les recherches en psychologie sociale pour s'intéresser à l'attraction interpersonnelle. Ses études et celles de ses collaborateurs sur l'influence interpersonnelle et les changements d'attitudes ont été l'élément déclencheur pour d'autres auteurs questionnés par le processus thérapeutique. Pour Goldstein, Heller et Sechrest, (1966: voir Corrigan et al., 1980), la perception du client est influencée par les comportements du thérapeute indiquant l'expertise, l'attrait et la confiance.

Plus tôt, Hovland, Janis et Kelley (1953: voir Barak et La Crosse, 1975) avaient expérimenté le rôle de la crédibilité du communicateur (expertise et confiance) et l'attrait pour amener un changement d'attitude. C'est à ce moment que

s'est articulé lentement le concept d'influence sociale plus spécifiquement en thérapie. Le pouvoir social en thérapie est constitué, selon French et Raven (1959 : voir Corrigan et al., 1980), des besoins du client et des ressources qu'il perçoit chez le thérapeute. Ces ressources sont de cinq ordres : compétence, référence, légitimité, information, écologie.

Suivant ces travaux, Strong (1968) identifie différents postulats de base concernant la thérapie, la perception du client et les caractéristiques du thérapeute.

D'après Strong (1968), la perception du client face au thérapeute fait partie d'un processus d'attribution des caractéristiques. La perception du client s'établit à partir de différences individuelles des sujets et des comportements de l'aidant.

Strong (1968) introduit le modèle d'influence sociale en counseling : il conçoit la thérapie comme un processus d'influence interpersonnelle où la perception du client par rapport au thérapeute est déterminante de l'issue de la relation thérapeutique.

Mettant à profit la théorie de la dissonance cognitive, Strong (1968) formule l'hypothèse que le thérapeute qui

tente de changer le comportement ou l'opinion du client engendre la dissonance cognitive chez ce dernier. Il existe cinq façons pour le client de réduire la dissonance cognitive:

- 1) changer en adoptant la même position que le thérapeute
 - 2) discréditer le thérapeute
 - 3) discréditer la solution
 - 4) changer l'opinion du thérapeute
 - 5) chercher des alliés à l'idée du client
- (Festinger, 1957 : Corrigan et al., 1980)

Par conséquent, pour réduire la possibilité d'être discrédité, le thérapeute doit être perçu comme compétent, attrayant et digne de confiance.

Strong (1968: voir Corrigan et al., 1980) imagine alors deux étapes à la thérapie :

- 1) le thérapeute perçu comme compétent, attrayant et digne de confiance augmentera l'engagement du client dans la thérapie
- 2) par la suite, le thérapeute exercera son influence pour provoquer des changements de comportements ou d'opinions chez le client.

La perception de caractéristiques particulières désirables pour le client détermine la capacité du thérapeute à influencer le client. Plus le client perçoit le thérapeute compétent, attrayant et digne de confiance, plus celui-ci pourra l'influencer à changer attitudes, comportements et opinions (Dell et Schmidt, 1976; Strong, 1978 : voir Corrigan et al., 1980; Strong et Dixon, 1971).

Voici comment ces trois dimensions sont décrites. La compétence ("expertness") comporte l'évidence d'une formation, un comportement professionnel et une réputation en tant qu'expert (Corrigan et al., 1980, Heppner et Dixon, 1981). Le client croit que le thérapeute possède des connaissances qui l'aident à faire face efficacement à son problème (Strong et Dixon, 1971).

L'attrait ("attractiveness") comprend une façon de s'exprimer attachante et réceptive, certaines caractéristiques personnelles inhérentes au thérapeute et un non-verbal chaleureux (Corrigan et al., 1980, Heppner et Dixon, 1981). L'attrait est un sentiment positif envers le thérapeute; il suppose l'admiration, le désir d'approbation et la volonté de lui ressembler (Schmidt et Strong, 1971).

La confiance dont le thérapeute est digne ("trustworthiness") demande qu'il se montre sincère, ouvert et sans quête de gain personnel (Barak et La Crosse, 1975). Il porte attention au client, fait preuve de discrétion et confidentialité (Corrigan et al., 1980, Heppner et Dixon, 1981).

Selon plus d'un auteur, la compétence et la confiance peuvent se regrouper sous la bannière de la crédibilité (Strong, 1978 : voir Corrigan et al., 1980).

Suite à Truax et Carkhuff (1967), Strong (1968), Goldstein et Simonson (1971), et Strupp (1973) (voir La Crosse, 1977), qui considéraient les perceptions du client comme la base même de l'influence potentielle du thérapeute, La Crosse (1977) établit que l'efficacité thérapeutique est déterminée dans une large mesure par les perceptions du client des comportements du thérapeute. Afin de quantifier les perceptions des clients selon ces trois dimensions, Barak et La Crosse (1975) ont développé un instrument de mesure : le **Counseling Rating Form (CRF)**, instrument fréquemment utilisé dans les nombreuses études. Il sera décrit de façon plus détaillée au chapitre suivant.

Lorsque la perception du client en thérapie est mesurée, les résultats s'avèrent très majoritairement positifs.

Ces scores élevés peuvent s'expliquer semble-t-il par le modèle de la dissonance cognitive qui rend difficile de déprécier la source d'aide, surtout en état de crise personnelle : hypothèse qui renchérit la pensée de Strong (1968) et converge avec sa conception du phénomène d'influence sociale en counseling. Zamostny, Corrigan et Eggert (1981) avancent de leur côté le principe selon lequel la perception du client est affectée par le "good guy factor" c'est-à-dire : effet de halo où le thérapeute investi est perçu comme ayant des caractéristiques toutes plus positives les unes que les autres.

Maintenant que la présentation du concept d'influence interpersonnelle en thérapie a été abordée, voyons ce qu'il en est des expérimentations et conclusions de chercheurs spécialisés dans ce domaine.

Un survol du Journal of Counseling Psychology des dernières années montre l'intérêt grandissant à étudier les variables du processus d'influence interpersonnelle.

Certaines caractéristiques et conditions influencent largement la perception du client. La recension des écrits permettra de les cerner davantage. Ainsi, selon Holland et al., (1987), il est fort à parier que le thérapeute perçu comme ayant des caractéristiques ressemblant au client voit son pou-

voir d'influence accru. L'opinion des sujets est plus influencée par un thérapeute aux attitudes similaires (Hackman et Clairborn, 1982). Par exemple, les collégiens préféreront un thérapeute de même sexe surtout s'ils consultent pour des problèmes d'ordre sexuel (Yacino et Hardin, 1985). La similitude thérapeute-client est un facteur prépondérant au changement d'attitudes d'après Mc Guire (1969 : voir Corrigan et al., 1980).

Une recherche exécutée par Angle et Goodyear (1984), où le niveau d'estime de soi des clients est mis en parallèle avec trois types d'introduction du thérapeute (expert, non-expert, sans introduction), montre que ni l'estime de soi, ni le sexe seuls influencent la perception de l'expertise. Toutefois, l'introduction élogieuse renferme un impact puisque l'aidant sans introduction est perçu plus compétent que celui qui est présenté comme non-expert. Sans introduction, le thérapeute de même sexe que le client est perçu de façon plus projective et en concordance avec le niveau d'estime de soi du client.

Il apparaît qu'une introduction d'expert influence la perception de la compétence et le confort ressenti devant cette personne. Cependant, le climat, la chaleur, l'attrait et la

satisfaction n'apparaissent pas touchés par la présentation (Heppner et Heesacker, 1983).

D'autres auteurs pour leur part n'arrivent pas à des résultats concluants en manipulant l'expertise jumelée au sexe du thérapeute (Dell et Schmidt, 1976; Heppner et Pew, 1977).

Merluzzi et al. (1978 : voir Angle et Goodyear, 1984) concluent que les thérapeutes femmes paraissent plus compétentes aux yeux des clients que les hommes thérapeutes ou les non-thérapeutes, hommes ou femmes.

Quelques études ont investigué certains indices qui sont immédiatement portés à la connaissance du client et peuvent évoquer chez lui différentes perceptions, tels les vêtements, le décor ou la présence de diplômes par exemple. Il semble que l'affichage de diplômes augmente la perception de la compétence (Heppner et Pew, 1977; Siegel et Sell, 1978).

De plus, la crédibilité s'accroît pour les femmes dans un bureau au décor plutôt traditionnel, tandis que le bureau de style plutôt humaniste contribue davantage à la perception favorable des thérapeutes masculins (Widgery et Stackpole, 1972 : voir Corrigan et al., 1980).

En ce qui a trait spécifiquement à la perception de la compétence, l'utilisation du jargon psychologique favorise le thérapeute (Atkinson et Carskadden, 1975). L'ameublement et le diplôme affiché semblent également déterminants. La perception de la compétence encourage les clients à s'engager dans des activités hors-thérapie si elles demandent peu, tels la lecture et la tenue du journal personnel.

Bien qu'il n'existe aucun lien entre la compétence réelle et le score de compétence au **Counseling Rating Form**, la perception de l'expertise persuade davantage que la perception de la confiance (Corrigan et al., 1980).

La confiance pour sa part est la dimension la moins analysée. Il ressort néanmoins que s'abstenir de curiosité mal placée et rassurer sur la confidentialité jouent des rôles significatifs pour le client.

La confiance est un attribut qui se situe tout près de la compétence et la complète. Bien que ce soit une dimension distincte, elle est habituellement traitée simultanément à l'expertise sous la rubrique de la crédibilité. D'ailleurs, La Crosse (1977), succédant à Bergin (1971 : voir Corrigan et Schmidt, 1983), reconnaît que la perception des trois composantes peut s'unir en seul "good guy factor".

En ce qui concerne l'attrait, plus les besoins sont grands chez le client, plus il percevra le thérapeute attrayant (Heppner et Heesacher, 1983). Et les thérapeutes obtenant de hauts scores par rapport à l'attrait semblent bénéficier d'un plus grand pouvoir thérapeutique que ceux ayant des scores moyens ($F(1,27) = 4.47, p < .05$ ($M = 5.68$)).

Les thérapeutes plus attrayants sont ceux qui ont de fréquents mouvements d'acquiescement (La Crosse, 1975). Le sourire, le regard, l'orientation des épaules et la posture légèrement penchée sont d'autres éléments favorables à considérer. Étonnamment, les caractéristiques physiques n'ont qu'un impact mitigé.

Pourtant, entre 1974 et 1978, **Psychological Abstract** a publié plus de 250 articles au sujet de l'attrait physique de façon générale. Avant 1970, par contre, le biais sexuel en particulier rencontrait peu d'intérêt de recherche.

Dès la maternelle, les enfants sont influencés par la beauté physique. On leur demande d'imaginer un comportement à partir de photos. Les garçons laids sont perçus plus agressifs et anti-sociaux, et les plus beaux comme enjoués, autonomes et indépendants (Dion et Berscheid, 1973: voir Murray et Abramson,

1983; Lerner, Lerner, 1977: voir Murray et Abramson, 1983). Bien qu'il n'y ait pas de standardisation universelle de la beauté, elle est tout de même associée à la santé et la compétence. Dans le cadre de la même recherche, des professeurs imaginaient un quotient intellectuel plus élevé pour les photos d'étudiants beaux et des accomplissements futurs plus enviables.

L'effet de l'attrait sur l'influence thérapeutique (dans son sens large et en se référant à la description déjà présentée) s'avère plus complexe qu'initialement prévu. D'après Strong et Dixon (1971), la perception de la compétence masquerait l'influence de l'attrait. D'un autre côté, les scores au *Counseling Rating Form* sont semblables entre les thérapeutes attrayants et non-attrayants au plan physique. Par contre, les thérapeutes non-experts attrayants sont perçus plus positivement que les non-attrayants. Selon Vargas et Borkowski (1983), l'attrait du thérapeute a beaucoup d'impact sur l'espérance de succès de la thérapie. Les clients attrayants perçoivent un thérapeute peu attrayant moins aidant que les clients eux-mêmes peu attrayants.

La perception globale du thérapeute à partir des trois composantes ne fait pas l'unanimité quant à la persistance dans le temps et aux facteurs qui l'orientent; Strong

(1971) stipule que la plupart des gens perçoivent le comportement des autres de façon plus stable, il serait donc plausible à son avis qu'il en soit de même par rapport à leur perception du thérapeute. En 1980, La Crosse constate une différence dans la perception initiale et en fin de processus. Il en arrive même à considérer la perception initiale de la compétence, l'attrait et la confiance mesurée par CRF prédictive des résultats par analyses de régression.

Heppner et Heesacker (1983), pour leur part, suggèrent que la perception des trois dimensions se forme rapidement à la fin du premier rendez-vous thérapeutique. Elle peut cependant changer dans le temps. Zamostny, Corrigan et Eggert (1981) ne retrouvent qu'une corrélation minimale entre les attentes et les perceptions du client après l'entrevue d'accueil.

Dans la présente étude, il apparaît plus plausible de croire, en se basant sur les principes de fonctionnement de la formation d'impressions énoncés précédemment, à la persistance de la première impression dans le temps et à la prévalence de la stabilité de la perception du client en début et fin de processus thérapeutique.

Jusqu'à présent, la notion de perception du client a été d'abord introduite par des considérations d'ordre plus général, pour ensuite aborder la conception de deux écoles de pensée en clinique et recherche.

Dans la présente recherche, le contexte expérimental de counseling se prête moins adéquatement à la grille analytique dans la mesure où la dimension inconsciente requiert du temps et un investissement émotif significatif. La situation de counseling est moins propice à l'émergence du transfert et ne lui rend pas justice. L'objet du counseling fait davantage référence aux attentes sociales qui se reproduisent en thérapie qu'aux éléments de répétitions de relations primitives.

Ainsi donc, l'analyse à partir de la psychologie sociale semble beaucoup plus adaptée et sert mieux la réalité expérimentale. Par souci de bien traduire ici l'état actuel des recherches et les préoccupations sous-jacentes, la grille sociale a été choisie pour cerner la problématique. L'approche analytique ne sera pas pour autant négligée dans l'interprétation des résultats car elle est complémentaire et compatible avec la première.

Satisfaction du client

Cette seconde partie définit d'abord la satisfaction du client et en précise l'intérêt dans l'évaluation de services psychologiques. Dans un deuxième temps, les recherches portant sur ce thème seront touchées ainsi que celles portant sur le lien entre la perception du client face au thérapeute et le degré de satisfaction du client en fin de processus thérapeutique.

Nature et définition de la notion de satisfaction du client

Depuis les recherches d'Eysenck en 1952 n'accordant que des effets modérés à la psychothérapie, à savoir que 75% des clients deviennent mieux avec ou sans thérapie, un courant évaluatif s'est préoccupé de mesurer les résultats thérapeutiques (Charette et Thiboutot, 1981).

En répertoriant 23 études, Begin (1971 : voir Smith et Glass, 1977) arrive à l'évidence de l'efficacité de la thérapie alors qu'Ellis (1977 : voir Smith et Glass, 1977) conclut qu'avec ou sans thérapie, les sujets se répartissent équitablement entre les trois catégories : mieux, pareil, pire, lors d'un test-retest sur les difficultés rencontrées . Une autre publication plus récente analyse les résultats de 475 études et

établit que la thérapie s'avère plus efficace que l'absence de traitement et que les types différents de thérapie produisent des effets comparables (Smith, Glass et Miller, 1980 : voir Stiles et al., 1988).

Il s'avère que les études cherchant à répondre à la question : "est-ce que la thérapie est bonne et efficace?" posent à notre avis, une interrogation fort légitime mais mal formulée car elle ne rend pas compte de toute la complexité de la réalité thérapeutique. La thérapie sera bonne dans la perception du client dans la mesure où elle sera liée à la perception positive que le client dégage du processus vécu. Charette et Thiboutot (1981) rapportent d'ailleurs plusieurs recherches où le taux élevé de satisfaction contredit les données observables. Larsen et al. (1979) dénotent aussi le manque de relation entre l'amélioration du problème du client et son degré de satisfaction.

A prime abord, le concours du client n'était qu'indirect dans l'étude de l'efficacité. La participation du thérapeute apporte un certain biais dans l'évaluation des résultats, et la mesure de changements comportementaux entraîne aussi sa part d'erreurs expérimentales. Le client est celui qui a le problème et reçoit le traitement; il va donc de soi

qu'il évalue les résultats de la thérapie (Charette et Thiboutot, 1981).

La satisfaction du client est une mesure de résultats qui se distingue des autres. Son objet est la perception même du client. Elle lui permet de jouer un rôle plus actif qu'instrumental et lui confère davantage de pouvoir dans le processus d'évaluation (Charette et Thiboutot, 1981). Le sentiment d'amélioration et de changement prévaut sur l'efficacité dite objective du traitement.

Le concept de satisfaction du processus thérapeutique est assurément relié au contact thérapeutique établi au départ, et par extension, aux attentes de part et d'autre.

La notion de satisfaction est encore large et confuse (Gutek, 1978). Par satisfaction, il faut entendre le contentement associé à l'accomplissement de ce qu'on attend ou désire. Dans le cadre du processus thérapeutique, la satisfaction peut faire suite à des besoins explicitement exprimés et comblés par la thérapie, ou à des besoins secondaires, ou enfin, à des besoins inconscients, donc non exprimés mais tout de même comblés (Duckro et al., 1979).

La satisfaction touche soit le sentiment du client que son problème est réglé, soit le réconfort d'être entendu et compris (Duckro et al., 1979). A mesure que se déroule le processus thérapeutique, certains besoins secondaires émergent parfois et revêtent plus d'importance que prévu : l'objectif thérapeutique se déplace et passe du besoin de remédier à une situation au besoin d'être écouté ou guidé.

Bien que le construit de satisfaction ne soit pas entièrement conceptualisé, des facteurs autres que l'efficacité semblent déterminer la satisfaction (Larsen et al., 1979). Notamment, la perception de la capacité d'aide du thérapeute et la qualité de la relation sont des éléments importants à la satisfaction générale (Butler, 1975: voir Charette et Thiboutot, 1981).

La satisfaction est le "degré auquel les services rendus correspondent aux attentes du client" (Charette et Thiboutot, 1981). De façon générale, les attentes conditionnent les perceptions soit dans le sens d'attribuer à l'autre des idées, attitudes ou comportements qui nous sont personnels, soit en utilisant les attentes à la manière d'un baromètre permettant de fixer un point imaginaire par delà lequel la satisfaction et le contentement oscillent du positif au négatif.

Duckro et al. (1979) font le point sur onze recherches et en identifient cinq qui rapportent un lien positif entre la satisfaction et les attentes alors que six autres n'en établissent pas. Heppner et Heesacker (1983) ne trouvent aucun lien significatif fort entre les attentes du début et la satisfaction en fin de processus.

A l'instar de ces auteurs, Duckro et son équipe (1979) montrent que les clients sont satisfaits même si la directivité ne correspond pas à leurs attentes : 72% des clients voulant des conseils et les ayant obtenus sont satisfaits, alors que 57% de ceux n'en ayant pas reçus sont aussi satisfaits. L'attente de chaleur et d'empathie de la part du thérapeute semble davantage déterminante. Fréquemment, le seul fait d'être entendu et reçu semble satisfaire le client, nonobstant les autres attentes complètement ou partiellement insatisfaites.

Plusieurs chercheurs utilisent maintenant une mesure de la satisfaction du client dans l'évaluation des programmes d'aide. Il semble n'y avoir aucune corrélation entre le degré de satisfaction et certaines variables socio-démographiques tels le niveau d'éducation, le revenu familial, le statut, le

nombre de rencontres et l'âge (Hart et Bassett, 1975 : voir Charette et Thiboutot, 1981; Larsen et al., 1979).

Néanmoins, les clients masculins consultant une thérapeute femme semblent plus satisfaits alors que les femmes clientes sont fortement radicales dans leurs réponses aux tests. En effet, les réponses se concentrent plutôt à l'un ou l'autre des pôles possibles: soit très positif ou très négatif. L'hypothèse de la prévalence de la désirabilité sociale pour les femmes a été émise car le type de réponses les plus fréquentes se situe vraisemblablement au pôle positif (Butler, 1975: voir Charette et Thiboutot, 1981).

"La désirabilité sociale est plus susceptible d'intervenir lorsque les clients sont incités à répondre à un questionnaire sur leurs perceptions et lorsqu'ils sont capables de deviner la signification de la mesure" (Charette et Thiboutot, 1981). La mesure de satisfaction est donc habituellement positive bien que peu de changements soient observés de l'extérieur.

Le client répond souvent à partir des attentes qu'il perçoit chez le chercheur ainsi qu'en fonction de l'anticipation de conséquences éventuelles s'il continue à rencontrer le thérapeute après la passation (Charette et Thiboutot, 1981).

La mesure de satisfaction pendant le processus sera probablement largement biaisée; l'approche behaviorale précise que le seul fait d'être en thérapie est une récompense en soi, alors que la grille de la dissonance cognitive suppose qu'il est impossible à un client d'être insatisfait d'une démarche qu'il poursuit (Scheid, 1976).

La mesure de satisfaction en fin de processus thérapeutique est également régie par certaines contraintes. Ainsi pour contrer l'effet "good bye", un délai d'au moins deux semaines après la thérapie contribuera à recueillir une information plus juste du degré réel de satisfaction (Campbell, 1975: voir Charette et Thiboutot, 1981).

Il semble que donner satisfaction au client dans le processus d'influence interpersonnelle pourrait être indicateur de la résolution du problème, de l'efficacité de la thérapie et de l'influence potentielle du thérapeute. Et cette satisfaction ne s'obtient, il est important de le noter, que dans la mesure où le client se perçoit comme satisfait du processus thérapeutique, peu importe les diverses mesures dites objectives des résultats.

Afin de bien situer la satisfaction du client dans le cadre de la recherche, il importe d'aborder maintenant son lien avec la perception du client.

Lien entre la perception du client et son degré de
satisfaction en fin de processus thérapeutique

Une recension de la documentation révèle que très peu de recherches se sont attardées à la relation spécifique entre la perception du client face au thérapeute et son degré de satisfaction en fin de processus. Le sens commun pourtant entrevoit facilement la possibilité d'une relation étroite entre la façon dont le client perçoit le thérapeute et le sentiment de satisfaction qu'il ressent suite au processus.

L'étude rapportée par Heppner et Handley (1981) fait ressortir l'existence d'un lien direct entre la perception d'un superviseur lors d'une formation en counseling, mesurée à l'aide du CRF et la satisfaction du stagiaire en fin de formation. Une vue d'ensemble de la littérature de l'évaluation des relations académiques entre superviseur et stagiaire en counseling démontrent la présence d'un lien significatif entre ces deux variables (Heppner et Handley, 1981).

Une autre étude effectuée par Zamostny et al. (1981) dénote une relation étroite entre la perception du client face au thérapeute et la présence au deuxième rendez-vous thérapeutique. Il est donc possible de penser que la satisfaction joue un rôle dans le processus d'influence interpersonnelle. Gurman (1977: voir Charette et Thiboutot, 1981) émet l'hypothèse d'un "lien possible entre la satisfaction du client et sa perception de la relation thérapeutique". (Charette et Thiboutot, 1981, p.15).

Quant à Heppner et Heesacker (1983), ils ont prouvé par leur étude mettant en parallèle la perception du client, ses attentes et son degré de satisfaction en fin de processus qu'il existe une corrélation entre le CRF et la mesure de satisfaction : le **Counseling Evaluation Inventory**. Tandis que les attentes et le degré d'expertise n'apparaissent pas être liés de façon significative à la perception et la satisfaction. Cette recherche s'est effectuée auprès de thérapeutes-stagiaires avancés (PhD) et de clients étudiant à l'université. Le pré-test se faisait après la première rencontre et le post-test, deux semaines après la fin de la session académique, et la consultation.

Dans l'étude présente, la perception des trois dimensions est liée à la satisfaction dudit client dans une situa-

tion réelle de thérapie, ce qui vient répondre à l'objection de certains auteurs concernant l'usage restreint du CRF à des situations de testing plutôt artificiels.

Tel que proposé dans ce chapitre, le lien entre la perception du client et son degré de satisfaction semble plausible du point de vue clinique. Les attentes émotives au sujet d'une personne aussi importante au plan affectif que le thérapeute, la réponse reçue et la personnalité de l'aidant conditionnent le sentiment de satisfaction du client en fin de processus thérapeutique. Au plan expérimental, les travaux précités, bien que peu nombreux, font ressortir également l'existence de cette même relation entre la perception du client face au thérapeute en début de thérapie et le degré de satisfaction du client en fin de processus thérapeutique.

Compte-tenu des études rapportées ici, il est permis de formuler les deux hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 :

L'impression que le client se fait concernant le thérapeute en début de thérapie restera constante car le client bâtit une image cohérente de la personne du thérapeute à partir des premières informations recueillies (Lindsay et Norman,

1980). A la fin de la thérapie, la perception du client face au thérapeute demeurera inchangée tant en ce qui a trait à la moyenne du groupe, qu'en ce qui concerne chaque sujet individuellement.

Hypothèse 2 :

En nous appuyant sur les études exposées plus tôt, nous émettons l'hypothèse d'un lien entre la perception du client face au thérapeute , tant au début qu'en fin de thérapie, et le degré de satisfaction du client en fin de processus thérapeutique.

Chapitre II

Description de l'expérience

Dans ce deuxième chapitre, d'ordre méthodologique, nous présenterons les sujets qui se sont prêtés à la recherche, les différents questionnaires utilisés, le déroulement de l'expérience ainsi que les hypothèses expérimentales.

Il faut préciser que compte-tenu de l'objet de la recherche et de la difficulté à étudier la relation client-thérapeute dans son cadre naturel, l'expérimentation s'est déroulée à une clinique universitaire. Le centre universitaire permet une accessibilité plus facile aux données, augmente le bassin potentiel des sujets et réduit d'une certaine façon la disparité d'approches possible entre les thérapeutes puisqu'ils sont nouvellement issus d'une même institution et toutes et tous débutants.

D'ailleurs les questionnaires utilisés et les études s'y référant ont aussi, pour la plupart, eu lieu dans une clinique universitaire, les avantages compensant les lacunes rencontrées.

En effet, certaines lacunes sont inhérentes à un tel lieu. Ainsi, thérapeutes et clients sont peu représentatifs de la population en général. Les thérapeutes ne jouissent pas d'une certaine réputation; ils ont un statut de stagiaire et

leur compétence est présentée au client davantage par le biais de l'expertise du superviseur chevronné que par celle intrinsèque du thérapeute consultant.

Les clients pour leur part proviennent en majorité de la population étudiante ou d'un milieu socio-économique faible. Ils sont également dans l'impossibilité de choisir leur thérapeute, ils ne choisissent que le lieu et le cadre thérapeutiques. Cela constitue à de nombreux égards un vice à la prévalence de la perception - situation qui revêt une importance d'autant plus grande lorsque la préoccupation est de questionner l'impact de la perception que le client a du thérapeute et le sentiment de satisfaction en fin de thérapie. Finalement, un dernier élément ressort : la durée du processus thérapeutique semble plus brève en milieu universitaire qu'en pratique privée.

Toutes ces distinctions et considérations seront développées davantage en regard des résultats obtenus.

Sujets

Les sujets de l'expérimentation sont tous clients au Centre Universitaire de Consultation en Psychologie (CUCP) à l'Université du Québec à Trois-Rivières. C'est à titre de

Tableau 1
Distributions des sujets

75		lettres-réponses reçues
	49	réponses positives pour une participation volontaire
	26	réponses négatives
49	24	12 : sujets non rejoints dans un délai d'une semaine 2 : sujets non-admissibles (ont quitté après une rencontre) 4 : désistements 4 : numéros de téléphone erronés 2 : sujets absents pour la première passation
	25	sujets ayant passé la première série de questionnaires
25	13	5 : sujets non-admissibles (moins de 5 rencontres) 2 : plus de service téléphonique 4 : sujets non-rejoints dans un délai de 2 semaines 2 : sujets absents pour la deuxième passation
	12	sujets ayant passé la deuxième série de questionnaires

clients de soins psychothérapeutiques qu'ils participent volontairement à la recherche.

Soixante-quinze lettres-réponses ont été reçues. De ce nombre, quarante-neuf ont répondu positivement et vingt-cinq sujets se sont prêtés à la première expérimentation pré-test.

De ces vingt-cinq, douze se sont ensuite prêtés à la seconde passation post-test. Le tableau qui suit démontre bien le re-tranchement des sujets tout au cours du processus d'expérimentation.

La population est composée de vingt-cinq sujets : vingt femmes et cinq hommes. L'âge moyen est de 33 ans. Tous les sujets sont francophones et vivent dans la région trifluvienne. La majorité sont célibataires, six sont mariés ou vivent maritalement, et les six autres sont séparés ou divorcés. Neuf ont une scolarité universitaire; sept d'entre eux complètent présentement des études à temps plein à ce niveau. En outre, près de la moitié - douze - ont un diplôme secondaire ou moins. La majorité des sujets ont un niveau socio-économique faible : 72% déclarent un revenu annuel personnel de moins de 10 000\$, et 48% de l'ensemble des sujets déclarent ce même montant comme revenu annuel familial. Un profil des sujets est disponible aux tableaux 10 et 11 de l'appendice A.

Instruments de mesure

Dans le cadre de l'expérimentation, quatre questionnaires différents sont utilisés, en plus de celui permettant d'établir un profil sommaire des sujets.

De ces questionnaires, le **Counseling Rating Form - Short version** (Evaluation de l'intervenant en counseling) est celui qui mesure la perception du client face à son thérapeute. Les trois autres questionnaires étudient le degré de satisfaction du client en fin de processus thérapeutique, ce sont : le **Counseling Evaluation Inventory** (Inventaire de l'Evaluation de la Consultation), le **Client Satisfaction Questionnaire** (Evaluation des Services à la Clientèle), et le **Retour sur le processus thérapeutique**.

Counseling Rating Form

Depuis les travaux de Strong (1968) sur le modèle d'influence sociale en counseling, plusieurs recherches se sont consacrées à l'étude des caractéristiques et effets des attributions de compétence, attrait et confiance du client relativement au thérapeute.

Rappelons brièvement ce que désigne chacune de ces dimensions. La compétence ("expertness") fait appel à la réputation du thérapeute, à l'assurance d'une formation reconnue et d'un comportement professionnel. Le thérapeute de par sa profession peut aider le client à mieux faire face aux problèmes qui lui incombent et à changer attitudes et comportements dans ce but. L'attrait ("attractiveness") est associé à une at-

titude positive et chaleureuse de la part du thérapeute. Elle provoque l'admiration, le besoin d'approbation et le désir de lui ressembler. Pour sa part, la confiance dont est digne le thérapeute ("trustworthiness") comprend la sincérité, l'intégrité et la discrétion.

Barak et La Crosse (1975) sont les premiers à développer un instrument permettant de mesurer ces trois dimensions de l'attribution: la compétence, l'attrait et la confiance.

Corrigan, Dell, Lewin et Schmidt (1980) ont consulté 60 études publiées avant 1970 sur le processus d'influence sociale en counseling. Ils ont observé que la mesure des trois dimensions variait habituellement avec la plupart des test sauf avec le CRF. C'est pourquoi il demeure l'instrument le plus fréquemment utilisé pour tester ces attributs. Il est aussi le plus utilisé auprès de populations thérapeutes et clients de cliniques universitaires.

Le **Counseling Rating Form** est initialement composé de 36 adjectifs bipolaires (antonymes) mesurés sur une échelle de 7 points. Il y a donc 12 items pour chacune des trois dimensions.

Une liste de 83 adjectifs a été présentée à quatre

juges experts. Il leur a été demandé de les classifier selon les trois dimensions en les ayant préalablement définies. Trente-six items sont retenus, dont vingt-deux avec 100% d'accord inter-juges et quatorze avec 75%. Pour chaque qualificatif, un antonyme lui est donné (ex: "inexperienced"/"experienced").

Corrigan et Schmidt (1983) modifient le CRF en une version abrégée. Des 36 items initiaux, ils retiennent 12 adjectifs à partir des critères empiriques établis par Barak et La Crosse (1975) pour constituer le **Counseling Rating Form - Short version (CRF - S)**. Dans le but de diminuer les éléments péjoratifs, les antonymes négatifs sont supprimés car la désirabilité sociale est susceptible d'intervenir chez les clients invités à répondre à un questionnaire sur leurs perceptions et capables de deviner la signification de la mesure (Charette et Thiboutot, 1981).

La diminution du nombre de qualificatifs a pour objectif de réduire le temps de passation, faciliter l'administration du test et accentuer la consistance interne de chaque échelle de 7 points. Certaines analyses prévisionnelles sont donc davantage concluantes; la validité prédictive s'est accrue (Corrigan et Schmidt, 1983).

L'échelle d'appréciation en 7 points varie de "pas très" à "très" (ex: Pas très expérimenté:__:__:__:__:__:__:__:très expérimenté). La scolarité requise pour la compréhension est ainsi passée d'une 12ième année préalablement nécessaire, à la 8ième année.

Corrigan et Schmidt (1983) ont repris l'expérimentation de Barak et La Crosse (1975) avec 83 sujets féminins et 50 masculins. Ils ont parallèlement expérimenté la validité du questionnaire abrégé auprès de clients de deux centres communautaires de santé mentale : 155 sujets et 22 thérapeutes.

La validité du contenu et de la discrimination des deux tests est comparable. Pour les dimensions compétence, attrait et confiance, la validité avec le CRF est respectivement de .874, .850, .908, alors qu'elle est de .698, .654, .760 pour la forme abrégée. Les coefficients de l'ensemble du test sont assez élevés pour assurer la fidélité de l'instrument.

Bien qu'il n'y ait pas de différence significative à $p < .05$ par rapport à la moyenne et l'écart-type des dimensions des deux versions du questionnaire, Epperson et Pecnik (1985) soulignent les limites de l'instrument à savoir que l'analyse de variance pour quelques dimensions chez un même

thérapeute se révèle parfois différente pour les deux tests et que la désirabilité sociale ne permet pas davantage de recueillir des cotations plus nombreuses sous la médiane avec le test abrégé. De plus, ils questionnent également l'habileté des sujets à bien discriminer entre les thérapeutes.

Considérant néanmoins les avantages reconnus de la version abrégée, l'expérimentation a utilisé le CFR - S traduit et validé par Perron (1983) et intitulé **Evaluation de l'Intervenant(e) en Counseling**.

Dans la présente expérimentation, cet instrument de mesure a été utilisé au début et à la fin du processus thérapeutique afin d'établir la stabilité temporelle des résultats ou dans l'éventualité d'un changement de perception, préciser le moment de l'évaluation et les éléments les plus déterminants de la satisfaction du client en fin de thérapie.

Counseling Evaluation Inventory

Le Counseling Evaluation Inventory a été développé par Linden, Stone et Shertzer (1965) à partir d'un premier inventaire de 68 phrases. Une étude a identifié 21 énoncés à retenir. La méthode "test-retest" auprès de 163 sujets a démontré de façon significative la stabilité des résultats

ainsi que la congruence des éléments. La validité pour l'ensemble du test est de .83 après quatorze jours, par une méthode "test-retest". Le **Counseling Evaluation Inventory** touche trois grands thèmes, soit le climat thérapeutique, le confort thérapeutique et la satisfaction du client.

Le questionnaire est ensuite composé de 19 des 21 énoncés retenus. Chaque énoncé est coté à l'aide d'une échelle en 5 points où 1 signifie **toujours** et 5 **jamais**. Les items ayant majoritairement une connotation favorable, plus le score est bas, plus la satisfaction du client est élevée. Une manipulation des résultats aux énoncés à caractère péjoratif permet de conserver la constante favorable associée aux scores les plus bas. Le score global apparaît une mesure congruente du vécu thérapeutique du client.

Aucune version française n'existait à la connaissance des auteurs du **Counseling Evaluation Inventory**. Avec leur autorisation, une traduction a été élaborée et soumise à quatre psychologues bilingues ainsi qu'au directeur du module des langues de l'Université du Québec à Trois-Rivières afin de s'assurer de la plus grande justesse et du niveau de difficulté des termes employés.

La version française porte alors le titre d'Inventaire de l'Evaluation de la Consultation.

Dans la présente recherche, la satisfaction du client sera évaluée à l'aide d'un deuxième test joint à celui-ci pour en corroborer les résultats.

Client Satisfaction Questionnaire

L'Evaluation des Services à la Clientèle est un questionnaire fréquemment utilisé dans les centres universitaires de consultation externe en psychologie afin de déterminer le degré de satisfaction des clients quant aux services reçus.

Larsen, Attinkton, Hargreaves et NGuyen (1979) ont expérimenté auprès de 248 clients d'une clinique en santé mentale Californienne une version préliminaire du Client Satisfaction Questionnaire comprenant 31 items : la forme abrégée en compte neuf. Frenelle, Sabourin et Gendreau ont traduit l'instrument et validé la version française.

L'évaluation des services à la clientèle offre l'avantage de pouvoir être répondue en entrevue téléphonique ou semi-dirigée. Le niveau de consistance interne est élevée. La méthode "test-retest" rapporte un coefficient alpha de .90 à

la première entrevue et de .94 après 90 jours de contacts avec les clients.

Une étude portant sur les caractéristiques psychométriques de l'instrument, effectuée au service de psychologie de l'Université de Montréal avec 89 clients, a démontré que cette échelle présente des caractéristiques semblables à la version américaine originale : une cohérence interne élevée (coefficient alpha de Cronbach = .92), des corrélations item - total élevées (.67 à .75) et des corrélations inter - item élevées (.48 à .76).

Les auteurs ont identifié une corrélation de .56 ($p < .01$) entre la perception du degré de satisfaction des clients par le thérapeute et celui des clients eux-mêmes, ce qui s'ajoute aux autres considérations de validité, comme le précisent Charette et Thiboutot (1981).

Il est recommandé de respecter un délai de deux semaines après la fin de la thérapie afin de minimiser l'influence du facteur de la désirabilité sociale et de permettre le recul nécessaire à toute évaluation.

Retour sur le processus thérapeutique

Le questionnaire **Retour sur le processus thérapeutique** est un questionnaire semi-structuré permettant au client de s'exprimer plus librement sur son vécu en counseling. Il permet de faire le bilan de ses objectifs, attentes, satisfactions et insatisfactions.

Les neuf questions se veulent complémentaires aux deux tests de satisfaction par la forme et le type d'information recueillie. Elles portent sur les objectifs de départ, les attentes, le degré de satisfaction et les raisons de l'arrêt de processus (voir Appendice B).

Le questionnaire n'a aucune prétention scientifique; il vise spécifiquement à mieux comprendre et nuancer les résultats obtenus aux tests précédents. Il a été conçu aux seules fins de l'expérimentation.

Déroulement de l'expérience

La recherche se réalise au Centre Universitaire de Consultation en Psychologie (CUCP) à l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'expérimentation se tient de janvier 1987 à mai 1989 avec la collaboration des co-directeurs du Centre, des

thérapeutes-stagiaires et des clients.

Les thérapeutes-stagiaires sont des étudiants et étudiantes inscrits à la maîtrise en psychologie. Ils reçoivent tous une formation psychodynamique et interviennent avec une approche centrée sur le client, que l'on pourrait qualifier d'"humaniste". Au cours de l'expérimentation, vingt thérapeutes, répartis également quant à leur sexe, participent à l'étude.

La recherche est présentée aux sujets sous la forme d'une étude portant sur les services offerts au Centre Universitaire de Consultation. L'objet de la recherche n'est pas présenté. La perception du client face au thérapeute et le degré de satisfaction en fin de relation thérapeutique ne sont donc pas introduits à la connaissance du sujet. La consigne dépersonnalise l'objet de la recherche. Un tel biais dans l'explication favorise selon les études précédentes une plus grande disponibilité émotionnelle des sujets à répondre spontanément aux questions.

Dès la fin de l'entrevue d'accueil, le thérapeute-stagiaire remet au client une lettre explicative concernant la recherche, tout en l'assurant du respect de son choix quant à sa participation, et de la confidentialité des données tant

pour les thérapeutes que les dirigeants du Centre (voir Appendice B).

Le nombre des sujets potentiels s'est assurément restreint ici conséquemment à l'oubli de certains stagiaires à remettre la lettre, ou encore au refus du client de se prêter à l'étude et d'en exprimer son refus par écrit.

Suite à l'explication du thérapeute, le client est conduit dans une salle où il prend connaissance de la lettre et dépose sa feuille-réponse dans une boîte prévue à cet effet. L'expérimentateur vérifie régulièrement le contenu de la boîte.

Dans le cas d'une réponse positive de la part du client, l'expérimentateur fixe par téléphone une rencontre dans la semaine suivante.

A cette première rencontre individuelle, le sujet complète l'**Evaluation de l'intervenant(e) en counseling (CRF-S)** et le profil sommaire des sujets.

A la fin du processus thérapeutique, chaque thérapeute-stagiaire note sur le babillard le prénom ainsi que les dates de début et fin des rencontres pour chaque client qu'il reçoit - procédure pour préserver l'anonymat. A partir de ces

informations, l'expérimentateur contacte les sujets qui ont terminé le processus thérapeutique ou décident de l'interrompre.

La deuxième séquence d'expérimentation se fait deux semaines après la fin des rencontres thérapeutiques. Ce délai permet au sujet de décanter son expérience et d'ainsi éviter l'effet "good-bye" . A cette deuxième rencontre, le sujet répond aux quatre questionnaires: l'Evaluation de l'intervenant(e) en counseling (CRF-S), l'Inventaire de l'évaluation de la consultation, l'Evaluation des Services à la clientèle, et le Retour sur le processus thérapeutique.

En tout temps, les sujets peuvent mettre fin à leur participation, et en sont informés.

La première rencontre de passation dure normalement moins d'une dizaine de minutes, alors que la suivante prend entre vingt et trente minutes.

Hypothèses expérimentales

A partir des informations élaborées au chapitre précédent, et à la lumière des instruments de mesure décrits, il

est possible d'établir les hypothèses expérimentales qui sous-tendent cette étude :

Hypothèse 1 :

Nous n'observerons aucune différence significative entre les résultats à l'**Évaluation de l'intervenant(e) en counseling (CRF-S)** en début (temps 1) et fin de processus thérapeutique (temps 2). Nous nous attendons à une corrélation positive significative entre les résultats aux temps 1 et 2.

Hypothèse 2 :

Les résultats à l'**Évaluation de l'intervenant(e) en counseling (CRF-S)** du début et de la fin de la thérapie seront en corrélation avec les scores de l'**Inventaire de l'évaluation de la consultation** et de l'**Évaluation des services à la clientèle**.

Car, conformément aux études de La Crosse (1977, 1980) qui stipulent que les scores au CRF-S au début de la thérapie sont prédictifs des résultats thérapeutiques, et s'inspirant des travaux de Heppner et Heesacker (1983) mentionnés précédemment, il est possible de croire en une relation étroite entre ces trois différentes mesures.

L'analyse par test-retest servira à comparer les résultats obtenus au premier et second CRF-S, tant pour le score global, que les trois sous-échelles. La corrélation entre le CRF-S et les IEC et ESC sera possible à déterminer en utilisant le coefficient de Pearson.

Les analyses statistiques pour vérifier les hypothèses, ainsi que les résultats obtenus seront présentés et discutés au chapitre suivant.

Chapitre III

Analyse et discussion des résultats

Ce chapitre présente les résultats obtenus ainsi qu'une discussion de ces résultats en fonction des hypothèses émises. La première partie est descriptive, la seconde vérifie les hypothèses alors que la troisième discute les résultats obtenus.

Analyse descriptive des données

Comme nous l'avons souligné dans le chapitre précédent, quatre instruments de mesure ont été utilisés. Ce sont : l'Évaluation de l'intervenant(e) en counseling (CRF-S), l'Inventaire de l'évaluation de la consultation (I.E.C.), l'Évaluation des services à la clientèle (ESC), et le Retour sur le processus thérapeutique. Les résultats aux trois premiers tests seront présentés dans la partie descriptive du chapitre. Le quatrième questionnaire, parce qu'il ne donne pas accès à des données numériques, sera plutôt présenté comme complément pour enrichir la discussion.

Évaluation de l'intervenant(e) en counseling

Le premier questionnaire, l'Évaluation de l'intervenant(e) en counseling, permet de déterminer la perception de chacun des sujets quant au thérapeute. Le score global reflète la perception générale, alors que les résultats à chacune des trois

sous-échelles déterminent plus spécifiquement la perception de la compétence, l'attrait et la confiance dont est digne le thérapeute. De plus, les sujets passent deux séances de test; en début de thérapie (temps 1) et en fin de thérapie (temps 2). Ceci permet de vérifier la variabilité de la perception pour un même sujet en début et fin de processus thérapeutique.

L'Evaluation de l'intervenant(e) en counseling peut théoriquement recevoir un score global allant de 12 à 84. Plus le score est élevé, plus il est sensé témoigner d'une perception favorable du client face au thérapeute. Dans les faits, pour l'ensemble des sujets, les scores globaux de la première expérimentation varient de 50 à 84, ce qui pose un problème. En effet, déjà à première vue, les résultats ne se répartissent donc pas selon une courbe normale, et certains sujets, trois en l'occurrence, obtiennent un score maximum au résultat global, alors qu'il y en a neuf autres qui obtiennent le maximum à au moins une sous-échelle.

Les scores individuels obtenus à l'Evaluation de l'intervenant(e) en counseling apparaissent au Tableau 12 de l'Appendice C.

Le score global moyen pour l'ensemble des sujets en

début de thérapie (temps 1), est de 69.79, avec un écart-type de 10.57.

Tableau 2
Evaluation de l'intervenant(e) en counseling (CRF-S)

Temps 1

n = 24

	Moyenne	Ecart-type
Score global	69.79	10.57
Compétence	21.54	3.62
Attrait	23.38	5.06
Confiance	24.88	3.39

Les résultats moyens des sous-échelles sont, pour la compétence, une moyenne de 21.54 et un écart-type de 3.62, l'attrait, 23.38 et 5.06, alors que la confiance a une moyenne de 24.88 et un écart-type de 3.39.

En consultant plus avant les scores individuels et en poursuivant les analyses statistiques, il ressort que le sujet # 3 fausse considérablement le calcul des résultats. Ces scores apparaissent particulièrement différents. Compte-tenu du nombre

restreint des sujets, un écart important des résultats d'un sujet joue un rôle déterminant pour les analyses obtenues : il est donc nécessaire de manipuler les scores pour s'assurer d'une plus grande représentativité du calcul des résultats de façon générale.

Le sujet # 3 dans la présente recherche a répondu de façon fort négative et imprévisible par rapport aux premiers résultats (le score global est passé de 78 à 58 : voir Tableau 12, Appendice C). Pour pallier à cette situation, différentes solutions s'offrent : conserver les scores du sujet dans l'analyse, lui donner la moyenne des sujets ou encore le soustraire de toute analyse.

Lui attribuer la moyenne des sujets ou une moyenne négative semble également peu conforme à la réalité; il est donc conclu de retirer le sujet # 3 de l'ensemble des sujets. Les analyses qui suivent feront donc état d'onze sujets pour le groupe expérimental (groupe 1), pour un total de 24 sujets participants. Lors de la discussion des résultats, il sera possible d'analyser de plus près le comportement du sujet # 3.

Revenons aux résultats de tout le groupe et divisons maintenant les sujets en deux catégories : ceux ayant poursuivi pour plus de 5 rencontres thérapeutiques et, participé à la

deuxième passation (groupe 1), et ceux n'y ayant pas participé (groupe 2). Les 11 premiers sujets du groupe 1 tel que rapporté au tableau 3, ont un score global de 73.64 avec un écart-type de 5.39, tandis que le deuxième groupe obtient un score global moyen de 66.54 avec un écart-type de 12.84. Pour ce qui est de l'échelle compétence, la moyenne et l'écart-type est de 21.91 et 3.08 pour le groupe 1, alors qu'ils sont de 21.23 et 4.13 pour le groupe 2. Pour sa part, l'attrait, pour le groupe 1 est de 25.36 avec un écart-type de 2.91 et de 21.69 et 5.94 pour le second groupe. Et finalement, la confiance obtient une moyenne de 26.36 et un écart-type de 1.43 pour les sujets du premier groupe comparativement à 23.62 et 4.07 pour le second.

Tant les scores globaux que chacune des sous-échelles semblent plus bas en ce qui concerne les sujets n'ayant pas participé à la deuxième expérimentation. Toutefois, seule la confiance apparaît être significativement plus basse pour le groupe 2. Il ressort également que le groupe 1 est plus homogène que le groupe 2, pour qui les scores sont plus diversifiés.

En ce qui a trait à l'évolution des résultats pour le même groupe 1, aux temps 1 et 2, les scores, montrent une légère augmentation pour chacune des sous-échelles, et conséquemment au score global également. L'augmentation des échelles de la compétence et de l'attrait, ainsi que le score global, est

significative à $p < .05$. Bien que certains sujets donnent un score maximum à une ou plusieurs sous-échelles dès la première passation et que la variance en est conséquemment affectée, les scores parviennent tout de même à augmenter sensiblement. Nous ne pouvons dire ce qu'il en serait si la variance n'avait pas été ainsi plafonnée.

Tableau 3
Résultats obtenus
à l'Evaluation de l'intervenant(e) en counseling (CRF-S)
Temps 1
Pour les groupes 1 et 2

Variable	Moyenne Groupe 1 (n = 11)	Ecart-type Groupe 1 (n = 11)	Moyenne Groupe 2 (n = 13)	Ecart-type Groupe 2 (n = 13)	t μ	p	t σ	p
CRF-S	73.64	5.39	66.54	12.84	1.71	.1	.09	.39
Compétence	21.91	3.08	21.23	4.13	.45	.66	.16	.32
Attrait	25.36	2.91	21.69	5.94	1.87	.08	.44	.09
Confiance	26.36	1.43	23.62	4.07	2.12	.05*	.08	.41

* niveau de signification $p < .05$

Il est intéressant de noter que seulement deux sujets donnent des scores globaux inférieurs au temps 2, alors qu'un autre reste ex-quo. La corrélation de Pearson ne confirme cependant que de pauvres liens entre les temps 1 et 2 (corrélation de .09 pour le score global, voir Tableau 4). Ceci s'explique par le manque de cohésion dans la hausse des résultats (voir tableau 12). Certains ont augmenté considérablement, d'autres pas. Le sujet ayant le score global le plus bas notamment, accède au score le plus haut du temps 2. L'augmentation des résultats n'est pas en relation linéaire avec les résultats du début de la thérapie.

Nous avons tenté de jeter plus de lumière sur les corrélations obtenues. Pour ce faire, nous avons regardé la variation des scores des sujets sur chacune de trois échelles aux temps 1 et 2 (voir tableau 12). Nous avons ainsi trente-trois données. Le gradient d'augmentation varie de - 3 à + 8. Dix-neuf données augmentent alors que cinq diminuent, avec une moyenne d'augmentation de 3.46 et une moyenne de diminution de 2.5. En analysant ces résultats à l'aide du chi carré (comparaison de 19 et de 5), il appert que l'augmentation est significative à .005. Cette nouvelle analyse statistique permet alors de nuancer la corrélation obtenue puisqu'elle indique une augmentation pour l'ensemble des données.

Tableau 4
Différence entre le temps 1 et le temps 2
à l'Evaluation de l'intervenant(e) en counseling (CRF-S)
pour les sujets du groupe 1 (n = 11)

Variable	Moyenne temps 1 (n = 11)	Ecart-type Temps 1 (n = 11)	Moyenne Temps 2 (n = 11)	Ecart-type Temps 2 (n = 11)	t	p	r
CRF-S	73.64	5.39	78.64	4.01	-2.59	.03*	.09
Compétence	21.91	3.08	24.36	2.5	-2.23	.05*	.16
Attrait	25.36	2.91	27.09	1.45	-2.19	.05*	.44
Confiance	26.36	1.43	27.18	1.08	-1.58	.15	.08

* niveau de signification $p < .05$

Pour ce qui est des différentes sous-échelles entre elles, il est intéressant de remarquer qu'elles sont toutes en corrélation significative les uns par rapport aux autres au début de la thérapie, pour l'ensemble des 24 sujets tel que présenté au tableau 5.

Tableau 5
Corrélation entre les sous-échelles et avec
le score global obtenus à
à l'Evaluation de l'intervenant(e) en counseling (CRF-S)
pour les sujets des groupes 1 et 2 (n = 24):

	Attrait 1	Confiance 1	CRF-S 1
Comp. 1	** .54 (p=.003)	*** .72 (p=.000)	*** .83 (p=.000)
Attrait 1		*** .70 (p=.000)	*** .89 (p=.000)
Confiance 1			*** .90 (p=.000)
** niveau de signification p < .01 *** niveau de signification p < .001			

La corrélation entre les sous-échelles de la deuxième expérimentation (tableau 6) quant à elle, se révèle également comme étant très élevée, mais n'atteignant qu'à trois reprises le degré de signification convenu : la confiance et le score global ($r = .93$, $p = .00$), l'attrait et le score global ($r = .70$, $p = .01$), ainsi que la confiance et le score global ($r = .62$, $p = .02$) . Ces corrélations seront discutées en seconde partie de ce chapitre.

Tableau 6
Corrélation entre les sous-échelles et avec
le score global obtenus à
à l'Evaluation de l'intervenant(e) en counseling (CRF-S)
pour les sujets du groupe 1 (n = 11)

	Attrait 2	Confiance 2	CRF-S 2
Comp. 2	.49 (p=.06)	.49 (p=.06)	***.93 (p=.00)
Attrait 2		.12 (p=.37)	** .70 (p=.01)
Confiance 2			*.62 (p=.02)

* niveau de signification $p < .05$
 ** niveau de signification $p < .01$
 *** niveau de signification $p < .001$

Par contre, la corrélation établie entre les sous-échelles aux temps 1 et 2 pour les sujets du groupe 1, au tableau 7, ne présente aucun lien significatif entre ces éléments, allant même parfois jusqu'à indiquer une tendance négative du lien entre les résultats. La discussion subséquente essaiera d'en tirer des conclusions. Nous pouvons déjà en imputer la responsabilité au fait que les scores maximum ont apporté des problèmes d'ordre mathématique en plus du degré de variabilité des scores in-

dividuels qui est très grand et du gradient d'augmentation différent pour tous.

Tableau 7
Corrélation entre les sous-échelles et avec
le score global obtenu à
l'Evaluation de l'intervenant(e) en counseling (CRF-S)
par les sujets du groupe 1 (n = 11)
Temps 1 et 2

	Comp 1	Attrait 1	Confiance 1	CRF-S 1
Comp 2	.16 (p=.32)	.34 (p=.15)	.13 (p=.36)	.26 (p=.22)
Attrait 2	-.32 (p=.17)	.44 (p=.09)	-.28 (p=.2)	-.12 (p=.37)
Confiance 2	-.12 (p=.36)	.27 (p=.21)	.08 (p=.41)	.04 (p=.45)
CRF-S 2	-.12 (p=.37)	.51 (p=.06)	-.06 (p=.44)	.1 (p=.39)

En résumé, nous avons traité des résultats obtenus à l'Evaluation de l'intervenant (e) en counseling. Il ressort de ces analyses qu'il existe une certaine différence entre les résultats au CRF-S pour les groupes 1 et 2 en début de thérapie. La corrélation entre les temps 1 et 2 est quant à elle non significative mais probablement imputable à la faible variabilité engendrée par les scores maximum. Finalement, il apparaît que la perception devient plus positive en fin de processus puisque

les scores accusent une augmentation significative au temps 2.

Dans un deuxième temps, nous allons maintenant présenter les résultats obtenus à l'**Inventaire de l'évaluation de la consultation**.

Inventaire de l'évaluation de la consultation

Les scores individuels du groupe 1 obtenus à l'**Inventaire de l'évaluation de la consultation** apparaissent au Tableau 13 de l'Appendice C.

Les résultats théoriques possibles peuvent varier de 19 à 95. Pour les onze sujets de la deuxième expérimentation, les résultats individuels s'échelonnent entre 19 et 30, pour une moyenne de 24.36, et l'écart-type de 3.81.

Il ne faut pas oublier que plus les scores à ce questionnaire sont bas, plus la satisfaction des sujets est grande. Il est remarquable une fois de plus de constater à quel point les sujets n'utilisent pas la variabilité possible des scores mais concentrent leurs résultats dans la partie inférieure de l'échelle.

Considérant l'hypothèse de recherche formulée concernant le lien entre la perception et le degré de satisfaction du client, un parallèle doit être établi entre les résultats obtenus à l'Évaluation de l'intervenant(e) en counseling et à l'Inventaire de l'évaluation de la consultation. Une corrélation a donc été calculée pour préciser le lien entre le CRF-S du temps 1 et l'Inventaire de l'évaluation de la consultation ainsi que le CRF-S du temps 2, et ce même questionnaire (voir Tableau 8).

La corrélation entre le CRF-S temps 1 et le I.E.C. semble la plus significative car elle suppose un lien fort pour deux des trois sous-échelles ainsi que le score global. En effet, l'attrait obtient une corrélation de .66, la confiance de .54 et le score global de .61. Seule la compétence n'apparaît pas en relation avec les résultats aux I.E.C. avec une corrélation de .19 et une probabilité de .28. L'élément de la perception de la compétence sera d'ailleurs repris à la dernière partie de ce chapitre car il est directement relié au lieu d'expérimentation et au déroulement expérimental.

Tableau 8
Corrélation entre les résultats obtenus aux temps 1 et 2 à
l'Evaluation de l'intervenant(e) en counseling (CRF-S)
et à l'Inventaire de l'évaluation de la consultation (IEC)
par les sujets du groupe 1 (n = 11)

I.E.C.		I.E.C.	
Comp 1	.19 (p = .28)	Comp. 2	-.07 (p = .42)
Attrait 1	* *.66 (p = .01)	Attrait 2	.43 (p = .09)
Confiance 1	*.54 (p = .04)	Confiance 2	.19 (p = .29)
CRF-S 1	*.61 (p = .02)	CRF-S 2	.16 (p = .33)

* niveau de signification $p < .05$

** niveau de signification $p < .01$

Il ne ressort aucun lien significatif entre le CRF-S au temps 2 et l'Inventaire de l'évaluation de la consultation. En effet, les corrélations sont plutôt faibles et les probabilités loin du niveau de signification sauf en ce qui concerne l'attrait qui obtient une corrélation de .43 avec un niveau de probabilité de .09. Cet état de fait est probablement, une fois de plus, attribuable aux difficultés mathématiques rencontrées au temps 2 du CRF-S et exposées dans la partie précédente.

Pour poursuivre l'analyse des résultats obtenus aux questionnaires de mesure de satisfaction, passons maintenant au second questionnaire, l'**Évaluation des services à la clientèle**.

Évaluation des services à la clientèle

Les sujets répondant aux huit questions peuvent avoir des résultats entre 8 et 32, le degré de satisfaction croît avec le chiffre attribué. Des onze sujets comptabilisés qui ont répondu, les résultats se situent entre 25 et 32, avec une moyenne de 28.9 et un écart-type de 3.06 (voir tableau 13).

Tableau 9
Corrélation entre les résultats obtenus à
l'Évaluation de l'intervenant(e) en counseling (CRF-S)
aux temps 1 et 2
et à l'Évaluation des services à la clientèle (ESC)
par les sujets du groupe 1 (n = 11)

E.S.C.		E.S.C.	
Comp 1	-.48 (p = .44)	Comp. 2	.12 (p = .36)
Attrait 1	-.49 (p = .06)	Attrait 2	.00 (p = .50)
Confiance 1	.01 (p = .49)	Confiance 2	.07 (p = .42)
CRF-S 1	-.29 (p = .19)	CRF-S 2	.09 (p = .39)

Trois des onze sujets ont indiqué le maximum de points, révélant un degré de satisfaction optimal (sujets # 1, 4, 6,). Ce qui nous pose à nouveau un problème d'ordre mathématique.

Nous sommes forcés de constater à nouveau qu'aucune corrélation n'existe de façon significative entre l'Evaluation des services à la clientèle et l'Evaluation de l'intervenant(e) en counseling, que ce soit en début ou fin de processus thérapeutique (voir Tableau 9). Ces résultats seront étudiés lors de la discussion qui suit.

Maintenant, en ce qui a trait à la relation qui existe entre les deux mesures de satisfaction, l'Inventaire de l'évaluation de la consultation et l'Evaluation des services à la clientèle, une corrélation positive s'établit avec un coefficient de Pearson de .67 pour une probabilité de $p = .01$.

Abordons maintenant plus spécifiquement les deux hypothèses de recherche, en voyant comment elles se vérifient à partir des résultats recueillis.

Vérification des hypothèses

A la lumière des données recueillies et présentées précé-demment, chacune des deux hypothèses émises sera reprise pour en vérifier l'évidence expérimentale.

Hypothèse 1

Telle qu'exposée au chapitre II, la première hypothèse se lit comme suit : "Aucune différence significative n'apparaîtra entre les scores à l'**Evaluation de l'intervenant (e) en counseling (CRF-S)** en début et fin de processus thérapeutique" (voir p. 59). Cette hypothèse suppose la stabilité de la perception du client face au thérapeute en début et fin de processus thérapeutique. Il est donc attendu que les résultats obtenus aux temps 1 et 2 ne révèlent aucune différence significative. Or, en se référant au tableau 4 du présent chapitre, il est possible de constater que les données expérimentales vont à l'encontre de la formulation de la première hypothèse.

Ainsi les sous-échelles compétence ($t = -2.23$, $p = .05$), attrait ($t = -2.19$, $p = .05$), et le score global ($t = -2.59$, $p = .03$) montrent de façon significative une différence entre le CRF-S du début et fin de thérapie. Et bien que la confiance ne se démarque pas de manière significative, elle est relativement

près d'un niveau de signification acceptable.

Cette situation inattendue (La Crosse, 1980) sera traitée lors de la discussion des résultats.

Hypothèse 2

L'hypothèse 2, aussi introduite à la fin du chapitre II, a trait plus spécifiquement au lien existant entre la perception du client face au thérapeute en début de thérapie et le degré de satisfaction du client en fin de processus thérapeutique. Elle se note ainsi : "Les résultats à l'**Évaluation de l'intervenant (e) en counseling (CRF-S)** en début et fin de la thérapie seront en corrélation avec les scores de l'**Inventaire de l'évaluation de la consultation** et de l'**Évaluation des services à la clientèle**." (voir p. 59)

Il appert, en consultant le Tableau 8, qu'il existe un lien entre l'**Inventaire de l'évaluation de la consultation (I.E.C.)** et l'**Évaluation de l'intervenant en counseling (CRF-S)** en début de thérapie puisque deux des trois sous-échelles ainsi que le score global sont corrélés significativement au degré de satisfaction mesuré par l'I.E.C. (attrait : $r = .66$, $p = .01$; confiance : $r = .54$, $p = .04$; CRF-S : $r = .61$, $p = .02$). Seul l'échelle compétence n'obtient pas un coefficient de corrélation

significatif ($r = .19$, $p = .28$).

Par contre, en ce qui a trait à la deuxième mesure de satisfaction, calculée à l'aide de l'**Évaluation des services à la clientèle**, aucun lien significatif ne semble être présent entre l'E.S.C. et la perception du client en début de processus (CRF-S : $r = -.29$, $p = .19$: v.g. Tableau 9). Pourtant, il existe néanmoins une corrélation positive forte entre les deux mesures de satisfaction, soit l'**Inventaire de la consultation** et l'**Évaluation des services à la clientèle** ($r = .67$, $p = .01$).

Ces constatations statistiques seront vues plus en détails dans la partie qui suit.

Discussion des résultats

Nous en sommes maintenant à la discussion des résultats obtenus.

Il est nécessaire de faire ressortir ici l'importance de demeurer prudents quant aux résultats obtenus puisque certains facteurs rendent moins crédibles les données recueillies. Ainsi, compte-tenu de la population restreinte et peu représentative et des résultats qui ne se distribuent pas selon une courbe normale, nous sommes conscients que les analyses statistiques perdent

considérablement de leur valeur et sont plutôt présentées pour alimenter la réflexion et révéler certaines tendances. Nous savons également que le CRF-S, par ses corrélations basses ou négatives aux temps 1 et 2, en plus du plafonnement des résultats, pose questions.

Malgré ces contraintes méthodologiques, nous faisons le choix de présenter et interpréter les résultats obtenus tout en gardant une réserve.

Hypothèse 1

Telle que précisée précédemment, l'hypothèse 1 qui stipule la persistance de la perception du client en début et fin de thérapie se trouve infirmée par les données expérimentales recueillies, et ce, de manière assez évidente.

L'hypothèse selon laquelle la perception du client concernant le thérapeute resterait inchangée au cours du processus thérapeutique était basée sur les principes de la formation d'impressions, à savoir que la première impression résiste au temps (La Crosse, 1980; Lindsay et Norman, 1980). Par la présente expérimentation, la pertinence de cette prémisse de base en psychologie sociale ne se trouve pas nécessairement compromise.

L'hypothèse 1 n'est pas supportée statistiquement par rapport aux corrélations, mais la majorité des sujets maintiennent ou améliorent leur perception. Donc de tendance générale, il existe tout de même une relation entre la perception initiale et la perception en fin de thérapie.

En poursuivant une recherche de ce type sur une plus longue période et avec un échantillon plus nombreux, il serait fort intéressant de voir si les résultats au CRF-S peuvent se révéler indicateurs de l'issue de la thérapie. Les sujets ayant une perception moins favorable face à leur thérapeute persistent-ils dans le processus et se révèlent-ils satisfaits? Et inversement, ceux ayant au départ une perception positive de leur thérapeute maintiennent-ils cette impression au cours du processus ou abandonnent-ils déçus et désillusionnés? C'est ici aussi que l'intérêt d'un groupe-contrôle se fait valoir. Si certains sujets en attente de services de consultation avaient été rencontrés une première fois et une seconde fois, après un délai de quelques mois, qu'en aurait-il été de leur perception du thérapeute aux deux temps, sans avoir eu de thérapie?

Il est intéressant de remarquer que les résultats obtenus par les groupes 1 et 2 diffèrent considérablement dans la présente étude. Le groupe 2, composé des sujets n'ayant pas

participé à la deuxième phase d'expérimentation, se révèle être un groupe plus hétérogène, moins prévisible, mais ayant dans l'ensemble, une perception moins favorable de leur thérapeute. L'élément confiance se démarque sensiblement comparativement à l'autre groupe (voir Tableau 3). C'est également cette dimension qui se rapproche le plus du score global (voir Tableau 5).

En observant de plus près les scores individuels du groupe 1 (voir tableau 12), il apparaît que les résultats pour la majorité ont montré une hausse à la deuxième séquence d'expérimentation. Ce qui permet de croire que les sujets ne jugent pas ou ne perçoivent pas de la même façon à la fin du processus thérapeutique. Cette situation peut être attribuable à différents facteurs. Certains éléments concrets de réalité peuvent avoir joué en faveur du thérapeute. Car le phénomène présent dans la perception fait appel autant aux différences individuelles des sujets qu'aux comportements du thérapeute (Strong, 1968).

Au fil des rencontres, le client apprend à mieux connaître le thérapeute, il peut donc conséquemment ajuster ses attentes de manière à ce qu'elles soient plus réalistes.

Il est également pensable que le seul fait d'être écouté en thérapie engendre chez le client une attitude favorable et

positive à l'égard du thérapeute, et influence ainsi sa perception du thérapeute.

Le moment de la deuxième séquence expérimentale peut aussi être un facteur déterminant au changement de perception du client. L'effet "good-bye", mentionné plus tôt, peut malgré le délai de deux semaines avoir des répercussions sur les scores obtenus. Le soulagement et le bien-être qui caractérisent habituellement la fin d'un processus thérapeutique couronnent aussi d'un halo la personne du thérapeute et le vécu thérapeutique. La dimension affective étant maintenant bien établie entre le client et son thérapeute, le contexte d'expérimentation - évaluer les services offerts au CUCP - peut d'autant contribuer à renchérir le positivisme à l'égard du thérapeute en lui offrant symboliquement un "cadeau" d'une perception favorable.

Extrapolant dans le même sens, en faisant davantage appel aux notions psychanalytiques, ne pourrait-on pas imaginer que le client, en fin de processus, ayant "investi" le thérapeute, se soit identifié à lui et l'ait même introjecté, de telle sorte qu'il est d'autant plus paradoxal pour lui d'exposer sa perception? Pourtant la durée moyenne des thérapies ne permet d'avancer ces idées qu'avec extrême prudence.

En fait, voici autant d'hypothèses qui cherchent à con-

tribuer à mieux expliquer le changement survenu dans la perception des clients en début et fin de thérapie. Une évidence demeure : bien que l'idée de stabilité de perception du client, avancée par Strong (1971) ait été fondée et rationnelle, d'autres chercheurs par la suite ont été confrontés avec ce changement de perception du client en processus. La Crosse (1980) amène cependant l'absence de groupe contrôle comme une faille expérimentale ne permettant pas de cerner si ce phénomène de changement est vraisemblablement attribuable à la situation thérapeutique complexe, ou au seul fait du temps. Heppner et Heesacker (1983) pour leur part attribuent ce changement davantage à la situation relationnelle qui prévaut habituellement, à savoir qu'au début, la relation est plutôt régie par les rôles sociaux et par la suite, elle fait place à des facteurs de réalité, de là les résultats thérapeutiques survenus.

En ce qui concerne l'étude, en considérant ce phénomène de changement des perceptions survenu, on s'étonnera conséquemment davantage, en consultant les scores individuels, des quatre sujets - des douze initiaux - qui n'ont pas suivi le courant et n'ont pas augmenté leurs scores au CRF-S temps 2. Ce sont les sujets # 3, 8, 9 et 11. Le questionnaire **Retour sur le processus thérapeutique** peut à cet égard éclaircir le questionnement.

Il apparaît que les attentes de ces sujets, dans

l'ensemble sont plutôt substantielles et non comblées par la thérapie, comparativement aux réponses des autres sujets. Pourtant la diminution des scores est plutôt faible (sujet #3 : différence de 20 au CRF-S, sujet #8 : 5, #9 : 0, #11 : 1).

Le sujet #3 particulièrement note des attentes plutôt vagues ("aller en profondeur") et apparaît être le sujet la plus insatisfaite et réactive à la fin du processus. Il faut dire aussi que sa présence à seulement six rencontres thérapeutiques en fait un sujet tout juste acceptable pour la comptabilisation expérimentale. Par ailleurs, ce sujet a livré verbalement au chercheur à la fin de l'expérimentation le contexte qui l'a amenée à consulter, de façon plus précise. Nouvellement atteinte d'une maladie incurable, ce sujet voulait se permettre de vivre le deuil de sa santé. Cette situation, il va sans dire, permet d'avancer des hypothèses quant à l'apparent retournement du processus thérapeutique, d'autant plus que le sujet semblait plutôt fort agressive et impuissante devant cette fatalité médicale. Au cours du processus, elle a semblé très en contact avec la frustration tant para-médicale que thérapeutique - stagiaire jeune, inexpérimenté et aussi impuissant devant la possibilité de remédier à la situation de la cliente.

Quant aux trois autres sujets qui ont vu leurs scores baisser ou se stabiliser au temps 2, bien que leurs attentes ne

soient pas plus exigeantes que le reste de la population, elles sont néanmoins importantes - surtout pour le sujet # 11 : "être motivée, avoir des conseils". Une particularité de ces trois sujets : un niveau scolaire faible (études secondaires incomplètes) et faible revenu personnel (moins de 5 000\$ annuellement). Par contre, on ne peut prétendre que ces deux variables soient inévitablement associées, ou que l'une ou l'autre le soit de façon marquée avec les résultats aux questionnaires, du moins pour ce groupe. Il est cependant possible de croire que les sujets moins scolarisés soient plus crédules au début, mais aussi plus déçus en fin de processus parce que leurs besoins peuvent être moins circonscrits et articulés, et que leur capacité d'introspection puisse être limitée.

Cette hypothèse trouve des appuis lorsqu'on remarque les scores des trois sujets ayant des études universitaires (excluant le sujet #3). Les sujets #6, 10 et 12 ont des résultats au CRF-S temps 1 inférieurs à la moyenne et l'ensemble du groupe. L'idée d'un sens critique et d'un discernement plus aigus peut être envisagée. Il en va de même au temps 2, avec des résultats encore sous la moyenne pour deux d'entre eux. Seul le sujet #6 semble rejoindre les scores plus élevés pour tous les questionnaires de la deuxième expérimentation.

Par contre, les deux sujets ayant attribué un score

global parfait quant à leur perception du thérapeute au temps 2, ont une scolarité collégiale complétée. Ils avaient cependant des résultats en-deça de la moyenne au temps 1. Est-ce à dire que leur perception du thérapeute s'est effectivement améliorée considérablement?

En ce qui a trait aux sujets ayant vécu un processus thérapeutique de plus de 25 rencontres, il ne semble pas ressortir l'éloquence d'une constante, si ce n'est qu'ils ont tous les cinq 35 ans et moins. Peut-on formuler des hypothèses concernant la jeunesse et l'ouverture et capacité de changement, ou encore curiosité, meilleure connaissance du cadre thérapeutique? La discussion est amorcée, et les conclusions hâtives.

Il reste néanmoins que ces cinq sujets avaient tous des résultats inférieurs à la moyenne à l'**Evaluation de l'intervenant(e) en counseling** en début de thérapie. Il est permis de croire qu'il y avait une certaine prudence et sens critique à l'amorce du processus, et que cette entrevue peut permettre de poser des jalons solides à l'élaboration d'une relation thérapeutique plus longue et en profondeur.

Aucune différence significative ne semble apparaître entre les résultats et réponses de ces cinq sujets pour l'ensemble du test, et le reste du groupe. A prime abord, il apparaît

peu possible de penser que des éléments transférentiels, pour reprendre l'expression analytique, aient pu jouer un rôle prépondérant dans le processus, prenant en considération la durée relative de chacune des thérapies. Un doute persiste néanmoins car selon Langs "des dimensions primaires réalitaires (non-transfert) et non réalitaires ou fantasmatiques (transfert)... s'entremêlent rapidement sur les plans intrapsychique et interactionnel - chez les deux participants" (1988, p. 37). Il est difficile d'établir le temps relatif nécessaire pour une telle émergence de matériel fantasmatique. Certains auteurs soutiennent cependant qu'il existe toujours la perceptivité valide d'une part, et d'autre part les fantasmes déformants, chez le client (Langs, 1988; Sandler, Sandler, 1988; Searles, 1981). On ne saurait repérer l'impact de l'un et l'autre dans le matériel recueilli.

Hypothèse 2

Cette seconde hypothèse a trait au lien entre la perception du client en début de thérapie et son degré de satisfaction en fin de processus. Compte-tenu que deux mesures de satisfaction ont été utilisées dans la recherche, cette partie traitera d'abord du lien de chacun de ces instruments de mesure avec les CRF-S, et par la suite, considérera le lien qui existe entre eux.

A consulter le Tableau 8, il apparaît de façon évidente qu'une relation existe entre l'**Évaluation de l'intervenant(e) en counseling** en début de thérapie et l'**Inventaire de l'évaluation de la consultation** en fin de processus. Seule la sous-échelle compétence ne s'inscrit pas en relation significative avec la mesure de satisfaction. Il est toutefois possible d'imaginer qu'un échantillon plus nombreux aurait permis de tracer un lien plus marqué, comme ce fut le cas pour les autres sous-échelles.

Dans le cadre d'une recherche effectuée dans un lieu de formation, il est tout permis de prévoir qu'effectivement l'expertise puisse être la dimension réelle et perceptuelle la plus faible, prenant en compte le niveau d'expérience et le statut dont bénéficient les thérapeutes-stagiaires.

Les auteurs ne s'entendent pas sur la dimension prédominante pour l'influence du thérapeute. Strong (1978: voir Corrigan et al., 1980) croyait que la présence des trois dimensions était indispensable au pouvoir du thérapeute à changer les attitudes chez le client, bien que la crédibilité soit composée de l'expertise et la confiance .

Certains croient que l'expertise influence plus que la confiance (Corrigan et al., 1980), alors que d'autres pensent

qu'un score élevé à l'attrait révèle une influence accrue de la part du thérapeute (Heppner et Heesacker, 1983).

Un fait semble certain, c'est que pour l'échantillon expérimental, la dimension compétence ne donne pas l'impression d'être l'élément prépondérant à leur degré de satisfaction, bien que ce soit cette dimension qui distingue le plus le groupe 1 du groupe 2. La dimension attrait semble être plutôt l'élément le plus prédicteur de la satisfaction (voir Tableau 8). En prenant en compte la population, il est permis aussi de supposer que les sujets avaient peu de critères de comparaison du plan de la compétence. L'attrait est la dimension la plus relationnelle et peut ainsi être celle qui se démarque le plus.

Et en ce qui a trait à l'autre mesure de satisfaction, les résultats sont moins éloquents. Ainsi, le fait qu'aucune corrélation ne ressorte pose, à prime abord, certaines interrogations. L'hypothèse la plus plausible qui en ressort concerne le questionnaire même. En effet, bien que l'**Evaluation des services à la clientèle** soit assurément une mesure de satisfaction du client en fin de thérapie, il fait davantage appel à l'évaluation des services offerts de façon plus générale. Il est pour ainsi dire plus loin de la relation perceptuelle client-thérapeute. En ce sens, il se peut que la relation avec l'**Evaluation de l'intervenant(e) en counseling** ne soit pas tout à fait pertinente

à établir.

Et si cette hypothèse est valide, elle expliquerait du même coup le lien éminent qui persiste néanmoins entre les deux mesures de satisfaction utilisées : **l'Inventaire de l'évaluation de la consultation** et **l'Evaluation des services à la clientèle**. En effet, ces deux questionnaires remplissent un même rôle d'évaluation de la satisfaction, et par conséquent les résultats obtenus ne sont pas étrangers l'un à l'autre. Par contre, leur visée se distingue: l'un est orienté sur la perception que le client retient du thérapeute, ses sentiments à son égard, alors que l'autre questionne plutôt la façon dont les services ont été rendus.

Alors, bien que le questionnaire **Evaluation des services à la clientèle** se prête moins à la présente expérimentation, il complète les renseignements obtenus en "dépersonnalisant" le service dispensé.

Ainsi, l'hypothèse selon laquelle il existe un lien entre la perception du client face à son thérapeute en début de thérapie et le degré de satisfaction du client en fin de processus thérapeutique est à toute fin pratique confirmée si **l'Inventaire de l'évaluation de la consultation** est considéré comme le questionnaire permettant d'évaluer adéquatement la

mesure de satisfaction. D'un autre côté, en référant à la deuxième hypothèse de recherche telle que formulée au chapitre précédent, et considérant les résultats obtenus au E.S.C., les conclusions sont incertaines.

Considérant ces résultats, il apparaît à ce point important d'examiner certaines conditions expérimentales inhérentes à la recherche et qui ont un impact déterminant sur celle-ci.

Considérations générales sur la recherche

Cette dernière partie propose de faire un retour sur les divers tests utilisés, les différents participants à l'étude - sujets, thérapeutes et Centre - ainsi que sur les procédures expérimentales.

Tests utilisés

De façon générale dans le cadre de cette recherche, le fait que chacun des tests standardisés utilisés soit conçu sous la forme d'un questionnaire à réponses à choix multiples, ou échelle numérique d'appréciation apporte un élément à la fois favorable et limitatif. L'opérationnalisation des tests a permis une comptabilisation objective des résultats exempte de toute

interprétation ou catégorisation artificielle. Elle a permis plus facilement les analyses statistiques que le questionnaire semi-structuré. Elle a assuré également une accessibilité accrue pour les sujets moins scolarisés, puisque la simplicité de la formulation le permettait.

En contrepartie, la structure répétitive du test a pu dans l'étude diminuer la vigilance du répondant et encourager l'automatisme par manque de besoin d'une implication personnelle pour exécuter la tâche. Bien que l'étude des résultats individuels aux différents tests montre une fluctuation des réponses, et par conséquent ne laisse pas entrevoir de nonchalance de la part des sujets participant à l'expérimentation, l'observation visuelle et concrète des sujets à la tâche se révèle toute autre. Ainsi plusieurs sujets prenaient peu de temps pour répondre et démontraient un intérêt mitigé. La brièveté et la superficialité des réponses obtenues au **Retour sur le Processus thérapeutique** (voir Appendice B) peut aussi s'interpréter par le manque d'intérêt, la difficulté de la tâche de rétrospective, la difficulté de la tâche écrite ou encore le trop-plein de questions auxquelles répondre.

Qui plus est, les chercheurs sont constamment confrontés, comme nous l'avons été, à la difficulté particulière de mesurer le degré de satisfaction réelle alors que les réponses

sont quasiment toujours positives. Gutek (1978) rapporte différentes études s'intéressant au degré de satisfaction dans certaines sphères de la vie (travail, qualité de vie, mariage, etc.). Les résultats obtenus sont bien loin de sembler décrire la réalité objective. Ainsi, à une époque où le divorce est fréquent et répandu, 92% des gens interrogés se disent satisfaits de leurs relations maritales.

Pour expliquer le taux positif anormalement élevé à la mesure de satisfaction, des auteurs avancent l'idée du "Hello - goodbye effect", c'est-à-dire un besoin de rationaliser son investissement de temps et d'argent. D'autres prétendent que la dissonance cognitive influence les sujets à ne pas dévaloriser un service auquel ils ont participé (Garfield et al., 1971, Scheirer, 1978 : voir Charette et Thiboutot, 1981). Certains attribuent la situation à la disposition du sujet à émettre une réponse dans le sens apparemment souhaité (Cowen, 1978), alors que d'autres enfin supposent que le seul fait d'être en thérapie est une récompense en soi et suscite une évaluation élogieuse du service reçu (Charette et Thiboutot, 1981).

Toutes ces hypothèses sont valables au plan conceptuel et permettent de spéculer sur les causes d'un tel phénomène. Il n'en demeure pas moins que des facteurs autre que l'efficacité semblent déterminer la satisfaction.

De façon plus spécifique, en regardant de près les différents questionnaires utilisés pour l'expérimentation, il est permis de se questionner sur quelques analyses statistiques et leurs résultats. Ainsi, par exemple, les corrélations négatives entre le E.S.C. et la perception du client ont posé leur part de questionnement. Nous avons ébauché des éléments de réponses plus tôt, allant même jusqu'à remettre en cause la pertinence de la présence de ce questionnaire pour la recherche.

Parallèlement, le principal test analysé, l'**Evaluation de l'intervenant(e) en counseling**, intrigue un peu par ses résultats. En effet, en plus de la différence parfois significative entre les scores des sujets du groupe 1 et 2 - élément qui sera élaboré dans une partie subséquente - la corrélation des sous-échelles entre elles est surprenante. En début de thérapie, les sous-échelles semblent étonnamment corrélées; on pourrait même amener le doute de l'existence de variables indépendantes (voir Tableau 5). En fin de processus par contre, le niveau de signification chute considérablement (voir Tableau 6). Mais ce qui paraît encore plus paradoxal, c'est le lien entre cette même mesure en début et fin de thérapie (voir Tableau 7). Cette fois, la corrélation significative est inexistante allant même jusqu'à indiquer des coefficients négatifs. Bien que l'**Evaluation de l'intervenant(e) en counseling** soit une traduction fiable et

validée, la valeur psychométrique peut être remise en question à partir de ces constatations.

Le problème semble plutôt d'ordre mathématique. Les sujets ayant attribué un score maximum à l'une des dimensions en début de thérapie voient la variabilité de leur second résultat hypothéquée : ils ne peuvent que coter à la baisse ou ex-quo. Mais s'ils avaient pu, lors de la deuxième passation, attribuer un score plus élevé, qu'auraient-ils fait? En fait, pour les quelques sujets qui ont coté le maximum à une sous-échelle aux temps 1 et 2, les résultats signifient-ils que la perception est restée positive mais inchangée, ou que la perception s'est effectivement améliorée mais n'a pu être traduite par l'échelle d'appréciation? Cette complexité touche, voire affecte, en quelque sorte la valeur de l'instrument.

Un autre élément qui pose question à l'utilisation du CRF-S - du moins, à la lumière des résultats recueillis lors de l'expérimentation - c'est l'impossibilité, au plan individuel, de prévoir qui augmente et de combien. L'augmentation pour l'ensemble du groupe est prévisible, mais l'anticipation d'un résultat, en fin de thérapie, conséquent du premier score, n'apparaît pas ici possible à réaliser, de façon linéaire.

Après avoir regardé les lacunes de certains tests utili-

sés, attardons-nous aux différents partenaires participants de cette recherche et voyons leur influence.

Participants

Dans cette partie, les différents partenaires participants sont autant le CUCP, les thérapeutes, que les clients qui se sont prêtés à l'étude. Un survol des caractéristiques de ces différents participants contribuera à formuler des recommandations pour le futur.

Le lieu d'expérimentation, Centre Universitaire de consultation, ne permet pas d'accéder à une population représentative de sujets et de thérapeutes. Les sujets sont habituellement étudiants ou de niveau socio-économique faible, tandis que les thérapeutes sont inexpérimentés et supervisés. Un tel centre de formation permet néanmoins une certaine homogénéité de la formation reçue par les stagiaires et des conditions de traitement pour les clients. Dans d'autres régions, un tel centre universitaire aurait permis d'avoir accès à un bassin plus imposant de sujets potentiels. Ici l'étude a dû se prolonger sur une année et demie pour permettre de rejoindre 75 clients et d'en conserver 25 à titre de sujets participants. Il va sans dire que la durée de l'expérimentation aurait intérêt à être réduite alors que le nombre de sujets gagnerait à augmenter. Envisager de

faire appel à des cliniques privées ou à d'autres centre universitaires situés dans d'autres régions serait une solution à envisager.

Un autre élément à considérer pour pallier à cette situation est sûrement de faire connaître aux clients éventuels du CUCP l'obligation morale de participer aux recherches qui leur sont présentées puisqu'ils bénéficient des services d'un centre de formation et de recherche. Il serait assurément pensable que l'expérimentation puisse même être systématique avec tous les clients rencontrés. Car, la lourdeur administrative qui était nécessaire dans le cadre actuel de fonctionnement du centre a probablement influencé l'échantillonnage et coloré les résultats (plusieurs étapes à suivre, peu d'incidence à participer, premiers contact et explication sous la responsabilité de chaque thérapeute, nombreux intermédiaires).

Un nombre plus grand de sujets contribuerait à un éventail plus étendu du nombre de rencontres thérapeutiques. Et une étude longitudinale par ailleurs fournirait davantage de matériel sur les processus longs et transférentiels.

Un échantillon plus nombreux et diversifié assurerait une meilleure représentativité, et une généralisation possible des résultats. Selon Hart et Basset (1973: voir Charette et

Thiboutot, 1981) néanmoins, l'étude de la satisfaction ne semble pas souffrir d'une population moins représentative étant donné que le niveau socio-économique - revenu, âge, statut - n'est pas relié au degré de satisfaction (1973 : voir Charette et Thiboutot, 1981). Certains auteurs en viennent pourtant à établir des tendances de réponses associées à ces variables socio-démographiques (Charette et Thiboutot, 1981). En effet, dans la présente étude certaines tendances semblent se dégager même si la population est petite.

Une plus grande diversité de sujets participants, et un groupe contrôle auraient également permis de mieux cerner l'écart existant entre les réponses de ceux qui poursuivent la thérapie et l'expérimentation, ceux qui abandonnent l'expérimentation, et ceux qui ne bénéficient d'aucun service thérapeutique dans ce même laps de temps.

La différence des résultats au CRF-S entre les groupes 1 et 2 revêt beaucoup d'intérêt (voir Tableau 3). Elle semble déjà confirmer avec évidence l'hypothèse de La Crosse (1980) selon laquelle la perception initiale prédit les résultats thérapeutiques. Testée sur une plus grande échelle, cette hypothèse pourrait même permettre de prédire l'issue de la thérapie après la première rencontre (La Crosse, 1980). Présentement en consultant le Tableau 14 qui illustre les scores

du groupe 2 et les raisons de leur non-participation à la deuxième passation, il ne ressort aucune constatation percutante, si ce n'est que les dimensions confiance et attrait sont sensiblement plus faibles qu'en ce qui concerne le groupe 1 (voir tableau 3). En décuplant le nombre, il serait sans doute possible de tracer un profil des sujets qui abandonnent rapidement le processus.

Procédure expérimentale

Pour conclure sur les considérations expérimentales, la procédure utilisée fera l'objet d'une analyse pour en venir à des suggestions pour une recherche subséquente.

La façon dont s'est déroulée l'expérimentation, l'ordre et les méthodes apparaissent, dans l'ensemble, plus ou moins satisfaisantes.

La présentation de la recherche sous le couvert d'une évaluation des services offerts au Centre de consultation, est une tactique couramment utilisée et qui s'avère efficace car elle enlève un peu de pression sur la personne du thérapeute et rend par le fait même le client plus confortable pour évaluer. La consigne gagnerait à insister sur l'intérêt de bien lire les énoncés et de prendre le temps d'y répondre le plus justement

possible.

Le cadre de fonctionnement du Centre universitaire peut être limitatif au niveau de la représentabilité des processus thérapeutiques qui y sont vécus. Il peut arriver qu'un client voit sa thérapie se terminer en raison du stage qui prend fin. Le processus n'est donc pas mené à terme avec ce thérapeute. Et, puisque la satisfaction est aussi un peu fonction de la durée de la thérapie, il se peut qu'un client, dans cette éventualité, n'ait pu atteindre ses objectifs.

Par ailleurs, l'assurance de la confidentialité est une notion fragile et qui aurait eu intérêt à être accentuée auprès des sujets. Quelques uns craignaient peut-être que les informations données soient dévoilées au thérapeute ou dirigeants du Centre. D'autre part, l'anonymat ne se prête pas à ce type d'étude puisqu'il y a comparaison des scores aux temps 1 et 2. Des renseignements supplémentaires auraient même eu avantage à être connus dès le début, à savoir, l'identité, ou tout au moins le sexe du thérapeute consulté, les raisons de la consultation, l'historique médical et psychologique du client. Autant d'informations qui auraient bonifié l'interprétation des résultats et encouragé la formulation de nouvelles hypothèses. L'accès au dossier d'accueil aurait également pu servir d'ajout intéressant. Ainsi aurait-on pu infirmer ou confirmer l'hypothèse de l'influ-

ence du sexe du thérapeute dans son pouvoir thérapeutique (Merluzzi et al., 1978 : voir Angle et Goodyear, 1984).

Finalement, comme soulevé plus tôt, n'aurait-il pas été d'un grand intérêt d'alléger la procédure administrative en remettant déjà à tous les clients, après l'entrevue d'accueil, un questionnaire CRF-S ainsi qu'une fiche "Profil de la clientèle" en leur demandant d'y répondre sur place. La lettre explicative et la feuille-réponse en a probablement dissuadé quelques-uns, sans compter qu'elle supposait un délai pour prendre contact et se rencontrer, et introduisait du même coup la probabilité d'un échec dans la procédure.

Il ressort de ces considérations et de la discussion en général certains éléments intéressants et recommandations à tenir compte pour une recherche future.

La présence d'un groupe contrôle permettrait de constater la fluctuation de la perception attribuable au temps, sans traitement psychologique par un thérapeute après une première rencontre.

Une population plus nombreuse améliorerait la qualité des résultats. Elle permettrait même d'extrapoler certains résultats si la représentativité était respectée. Elle con-

tribuerait aussi à vérifier quelques hypothèses supplémentaires (influence du niveau socio-économique, particularité des processus thérapeutiques longs, impact des différentes problématiques sur les résultats, etc.).

De plus, un accès au dossier d'accueil du client assurerait une meilleure compréhension des résultats. L'identification de certaines caractéristiques du thérapeute rencontré - tout en préservant l'anonymat - permettrait des liens quant à l'influence du sexe, le pairage de l'âge, ou toute autre caractéristique.

Une plus grande incitation à une participation à la recherche en distribuant le premier questionnaire à la fin de l'entrevue d'accueil allégerait la procédure et favoriserait un élargissement de l'échantillon.

Par ailleurs l'insistance accrue de l'intérêt de bien lire les énoncés et de prendre le temps d'y répondre aurait peut-être pour conséquence une plus grande justesse des résultats en diminuant les automatismes, et fournirait des renseignements de qualité supérieure au questionnaire semi-structuré.

Il pourrait également être intéressant de penser à une alternative au problème mathématique rencontré avec le CRF-S, peut-être en prévoyant deux échelles graduées différemment et

permettant aux sujets de faire valoir la variabilité possible de leurs résultats à la deuxième passation. Le premier questionnaire pourrait ainsi être en sept points - tel que prévu - et le suivant en dix points. Des facteurs psychométriques sont inévitablement à considérer dans cette proposition.

En brossant le tableau de cette étude, il appert que l'expérimentation s'est déroulée sensiblement telle que prévue et que des résultats intéressants en ressortent. Les principales lacunes rencontrées sont la taille trop restreinte de l'échantillon et la qualité de l'instrument mesurant la perception du client face à son thérapeute.

Conclusion

Pour faire suite à la préoccupation constante des cliniciens à mieux comprendre ce qui intervient dans la relation thérapeutique, la présente recherche s'inscrivait dans le courant d'influence sociale en counseling.

Elle s'est proposée d'étudier la persistance de la perception du client face à son thérapeute et le lien entre la perception du client face à son thérapeute et le degré de satisfaction du client en fin de processus.

Deux hypothèses ont été formulées : en premier, la perception du client resterait constante au cours du processus : les scores obtenus au **Counseling Rating Form - Short Version** en début et fin de thérapie ne différeront pas de manière significative; deuxièmement, une corrélation positive ressortira entre la perception du client et son degré de satisfaction en fin de processus - mesuré par l'**Inventaire de la consultation** et l'**Evaluation des services à la clientèle**.

Contrairement à ce qui était attendu, l'hypothèse 1, basée sur le phénomène de persistance de la première impression, se trouve infirmée par les résultats de la recherche. En effet, la perception des sujets face au thérapeute change significativement entre le début et la fin du processus

thérapeutique, pour devenir plus positive à la fin de la démarche.

Les sujets ont, dans l'ensemble, une perception plus favorable lorsque le processus a pris fin. Bien qu'il soit impossible de prédire avec précision la fluctuation linéaire des résultats au plan individuel, il semble ressortir que les résultats sous la moyenne au CRF-S au temps 1 s'avèrent être les plus favorables en fin de processus. La perception des sujets subit un changement au cours des rencontres. Une hypothèse est avancée à savoir que l'esprit critique des sujets en début de thérapie est un élément déterminant pour un processus efficace d'implication personnelle.

En ce qui a trait à la seconde hypothèse, elle se trouve partiellement confirmée. Dans les faits, il existe un lien entre le CRF-S du début de thérapie et la satisfaction mesurée par l'**Inventaire de l'évaluation de la consultation**. C'est dire qu'il y a effectivement un lien entre la perception du client face à son thérapeute et le degré de satisfaction du client en fin de processus thérapeutique.

Les résultats obtenus à l'**Evaluation des services à la clientèle** infirment la deuxième hypothèse. Ces résultats sont cependant inconsistants et, après réflexion, apparaissent

peu pertinents dans ce cadre expérimental.

L'observation des résultats obtenus permettent également d'arriver à d'autres conclusions et questionnements. Notamment, les résultats à la mesure de perception apparaissent nettement différents pour le groupe 1 qui a poursuivi l'expérimentation par rapport au groupe 2, qui ne s'est prêté qu'à la première passation. Le groupe 1 montre des scores au pré-test sensiblement plus élevés que le groupe 2 surtout en ce qui concerne l'attrait. La dimension d'attrait s'avère donc être la plus déterminante alors que la dimension de confiance est la plus similaire au score global obtenu. Pour ce qui est de la compétence, il ressort que c'est l'élément le moins significatif; probablement à cause du statut commun aux thérapeutes-stagiaires et de l'impossibilité pour le client de choisir son thérapeute dans le cadre d'une clinique universitaire.

Il appert également que les résultats au CRF-S en fin de thérapie rencontrent certaines limites mathématiques qui complexifient l'analyse des données. Les scores maximums attribués aux sous-échelles au temps 1 plafonnent les résultats de la seconde passation. La faible variabilité possible questionne les résultats subséquents. L'idée est émise de présenter une seconde échelle permettant des graduations plus élevées pour pallier à cette situation. Une analyse de faisabilité

devrait d'abord être entreprise pour préserver la valeur psychométrique de l'instrument.

Finalement, certaines recommandations ont également été émises dans l'éventualité où la recherche pourrait être répétée et améliorée dans un autre cadre.

Les principales lacunes rencontrées dans cette étude semblent être le nombre limité de clients rejoints et leur faible représentativité, ainsi que la valeur de l'instrument CRF-S.

L'accès à plus d'informations concernant les thérapeutes et clients pourrait apporter un éclairage plus riche pour les résultats. Et, la présence d'un groupe-contrôle permettrait de vérifier l'influence de certaines variables tel le temps sur les résultats obtenus.

Bien que le nombre de sujets soit restreint, il est étonnant de constater que se démarquent tout de même des résultats statistiques significatifs, et que l'hypothèse supposant un lien entre la perception du client face au thérapeute et le degré de satisfaction en fin de thérapie trouve une confirmation au plan expérimental.

Il faut néanmoins rester prudent quant aux analyses obtenues. La recherche en counseling observe la rigueur expérimentale, demande précision et contrôle, alors que l'objet même de l'étude est le processus thérapeutique et le comportement du client - sujet qui ne se laisse pas aisément mesurer avec précision.

...L'expérimentation est souvent loin de la vraie vie!

(Golman, 1976)

Appendice A

Profil des sujets

Profil individuel des sujets

# Sujet	Sexe	Age	Statut	Revenu personnel (milliers/an)	Revenu familial (milliers/an)	Scolarité	Occupation	# Théra- rapies
1	F	30	Marié	10-19 \$	20-29 \$	D. secondaire	Tr. bureau	32
2	F	34	Célib.	10-19 \$	10-19 \$	D. secondaire	Sans empl.	32
* 3	F	46	Div.	5-9 \$	5-9 \$	Ét. univers.	Tr. bureau	6
4	F	34	Div.	-5 \$	-5 \$	D. collégial	Vente	29
5	F	35	Div.	20-29 \$	20-29 \$	D. collégial	Tr. bureau	26
6	M	37	Cél.	5-9 \$	5-9 \$	D. univers.	Études	22
7	F	26	Marié	-5 \$	20-29 \$	D. secondaire	Sans empl.	10
8	F	22	Cél.	-5 \$	20-29 \$	Ét. sec. inc.	Sans empl.	18
9	F	61	Marié	-5 \$	10-19 \$	Ét. sec. inc.	Sans empl.	8
10	F	31	Célib.	-5 \$	-5 \$	Ét. univers.	Anim.	30
11	F	43	Div.	-5 \$	-5 \$	Ét. sec. inc.	Services	10
12	F	27	Célib.	5-9 \$	5-9 \$	Ét. univers.	Études	12
13	F	22	Cél.	-5 \$	-5 \$	Ét. univers.	Études	
14	F	42	Cél.	10-19 \$	10-19 \$	D. collégial	Soins	
15	F	25	Cél.	-5 \$	10-19 \$	Ét. univers.	Études	
16	F	48	Div.	-5 \$	-5 \$	Ét. sec. inc.	Sans empl.	
17	F	22	Cél.	-5 \$	-5 \$	Ét. univers.	Études	
18	F	21	Cél.	5-9 \$	5-9 \$	Ét. univers.	Études	
19	F	43	Marié	5-9 \$	20-29 \$	Ét. sec. inc.	Sans empl.	
20	M	20	Cél.	-5 \$	-5 \$	D. secondaire	Études	
21	M	29	Cél.	-5 \$	-5 \$	Ét. sec. inc.	Services	
22	M	41	Marié	10-19 \$	20-29 \$	D. secondaire	Soins	
23	F	36	Séparé	10-19 \$	10-19 \$	Ét. coll. inc.	Tr. bureau	
24	F	25	Marié	5-9 \$	20-29 \$	D. univers.	Services	
25	M	32	Cél.	20-29 \$	20-29 \$	D. secondaire	Services	

* Sujet qui a été retiré des analyses statistiques.

Tableau 11
Profil des sujets

		Les 12 sujets ayant participé à la 1re et 2e passation	Les 13 sujets n'ayant participé qu'à la 1re passation	Total	% /
Sexe	Féminin	11	9	20	
	Masculin	1	4	5	
Age moyen		35,5	31,07	33,2	
Statut	Célibataire	5	8	13	52
	Vivant maritalement	3	3	6	24
	Séparé - divorcé	4	2	6	24
Revenu per- sonnel	- 5 000 \$	6	6	12	72
	5 000 - 9 999 \$	3	3	6	
	10 000 - 19 999 \$	2	3	5	
	20 000 - 29 999 \$	1	1	2	
	30 000 +	0	0	0	
Revenu fami- lial	- 5 000 \$	3	5	8	48
	5 000 - 9 999 \$	3	1	4	
	10 000 - 19 999 \$	2	3	5	52
	20 000 - 29 999 \$	4	4	8	
	30 000 +	0	0	0	
Scola- rité	Élémentaire	1	0	1	
	Sec. incomplet	2	3	5	48
	Diplôme sec.	3	3	6	
	Coll. incomplet	0	1	1	16
	Diplôme collégial	2	1	3	
	Université incomp.	3	4	7	36
	Diplôme univers.	1	1	2	
Occu- pation	Études	2	5	7	28
	Sans emploi	4	2	6	24
	Travail de bureau	3	1	4	16
	Service	0	1	1	
	Soins	1	4	5	20
	Vente	1	0	1	
	Animation	1	0	1	
Nombre de ren- contres thérap.	5 - 10	4			
	11 - 19	2			
	20 - 29	3			
	30 +	3			

Appendice B

Lettre explicative

Feuille-réponse et

Retour sur le processus thérapeutique

Madame,
Monsieur,

Nous poursuivons présentement une recherche concernant les services offerts au Centre Universitaire de Consultation en Psychologie. A cette fin, nous sollicitons votre collaboration.

Nous aurions besoin que vous répondiez à cinq brefs questionnaires; l'un après la première rencontre avec le (la) thérapeute et les quatres autres au moment de l'interruption de la thérapie. Il est à noter que le temps requis pour répondre à ces questionnaires est approximativement de dix (10) minutes la premières fois, et trente (30) minutes la seconde.

Soyez assurés que tous les résultats seront strictement tenus condifentiels tant pour le (la) thérapeute traitant que les responsables du Centre. Seuls les chercheurs y auront accès. D'ailleurs, afin de préserver l'anonymat et faciliter la compilation des données, un numéro de code sera attribué à chacun. Par ailleurs, vous pourrez en tout temps mettre fin à votre participation. A votre demande, vous aurez accès aux résultats généraux de la recherche lorsqu'elle sera complétée.

Nous apprécierions votre contribution à notre recherche. Or, nous vous demandons de remplir le papier qui suit afin que nous puissions vous contacter si vous le désirez. Déposez ensuite le papier dans l'enveloppe que vous cachez et déposez dans la boîte prévue à cet effet.

Merci de l'intérêt que vous portez à notre demande.

RECHERCHE SUR LES SERVICES OFFERTS AU C.U.C.P.

J'ai pris connaissance de la lettre sollicitant ma participation à la recherche sur les services offerts au Centre Universitaire de Consultation en Psychologie.

(Indiquez un "X" devant l'affirmation appropriée)

_____ Non, je n'accepte pas de participer à cette recherche et j'ai l'assurance que ma décision restera confidentielle et ne nuira pas à ma démarche au C.U.C.P.

_____ Oui, j'accepte de participer à cette recherche. Je laisse ici mon nom et numéro de téléphone afin qu'on me rejoigne prochainement pour la première des deux rencontres.

Nom: _____ Date: _____

Numéro de tél.: _____

Nous vous spécifions à nouveau qu'en tout temps vous pouvez mettre fin à votre participation. Dès la première rencontre votre code personnel vous sera attribué afin de sauvegarder votre anonymat.

Merci de votre collaboration.

RETOUR SUR LE PROCESSUS THERAPEUTIQUE

Vous avez répondu à différents questionnaires jusqu'à maintenant; en voici un dernier à questions ouvertes, qui vous permettra de vous exprimer davantage.

Nous apprécions que vous preniez de votre temps pour y répondre.

-
1. Dans vos propres mots, quelles étaient les raisons (les motifs) qui vous ont amené(e) à consulter en psychothérapie?

2. Est-ce que l'attente entre le moment de votre inscription et votre premier rendez-vous vous a semblé longue? Expliquez.

3. Comme dans toute relation interpersonnelle, vous deviez avoir certaines attentes en thérapie par rapport au thérapeute, quelles étaient ces attentes?

4. Au fil des rencontres, quelles ont été les attentes et besoins qui ont été comblés?

5. Les attentes et besoins non comblés ou partiellement comblés?

6. Quelles ont été les raisons qui ont amené(e) à mettre fin à la thérapie?

7. Avec du recul, quand vous regardez l'ensemble des rencontres de thérapie, quel est votre degré de satisfaction face à cette démarche? Expliquer.

8. Avez-vous atteint les résultats espérés? Lesquels?

9. Ajoutez tout commentaire concernant le (la) thérapeute, la thérapie, la recherche sur les services offerts.

Nombre de rencontres: _____

Date de début: _____

Date de fin de thérapie: _____

Appendice C

Résultats individuels

Tableau 12

Scores individuels
à l'Evaluation de l'intervenant(e) en counseling
Temps 1 / temps 2

Temps 1					Temps 2			
Sujets	Comp.	Attrait	Conf.	Sc. global.	Comp.	Attrait	Conf.	Sc. global
1	23	23	26	72	25	26	27	78
2	18	25	26	69	22	25	28	75
* 3	23	28	27	78	18	20	20	58
4	23	20	24	67	28	28	28	84
5	20	27	25	72	28	28	28	84
6	20	22	28	70	26	27	28	81
7	22	28	28	78	24	28	28	80
8	26	28	28	82	23	28	26	77
9	22	28	26	76	21	28	27	76
10	18	28	26	72	24	28	25	77
11	28	27	28	83	26	28	28	82
12	21	23	25	69	21	24	26	71
$\mu =$	22,00	25,58	26,42	74,00	23,83	26,50	26,58	76,92
$\sigma =$	2,95	2,88	1,38	5,29	3,01	2,47	2,31	7,08
13	15	18	17	50	* Sujet qui a été retiré des analyses statistiques			
14	21	26	28	75				
15	19	25	23	67				
16	28	28	28	84				
17	23	23	24	70				
18	24	28	26	78				
19	23	24	24	71				
20	24	24	24	72				
21	21	21	21	63				
22	15	6	17	38				
23	24	24	28	76				
24	24	17	28	69				
25	15	18	19	52				
$\mu =$	21,23	21,69	23,62	66,54				
$\sigma =$	4,13	5,94	4,07	12,84				
$\mu =$	21,60	23,56	24,96	70,12				
$\sigma =$	3,56	5,03	3,35	10,47				

Tableau 13

Scores individuels
à l'Evaluation de l'intervenant(e) en counseling (CRF-S)
Temps 1 / temps 2
à l'Inventaire de l'évaluation de la consultation (IEC)
et à l'Evaluation des services à la clientèle (ESC)
et le nombre de rencontres thérapeutiques (TX)

Sujets	CRF-S: Temps 1				CRF-S: Temps 2				IEC	ESC	TX
	Comp.	Att.	Conf.	Sc. Gl.	Comp.	Att.	Conf.	Sc. Gl.			
1	23	23	26	72	25	26	27	78	30	32	32
2	18	25	26	69	22	25	28	75	28	31	32
* 3	23	28	27	78	18	20	20	58	55	14	6
4	23	20	24	67	28	28	28	84	30	32	29
5	20	27	25	72	28	28	28	84	21	25	26
6	20	22	28	70	26	27	28	81	23	32	22
7	22	28	28	78	24	28	28	80	19	26	10
8	26	28	28	82	23	28	26	77	24	30	18
9	22	28	26	76	21	28	27	76	21	29	8
10	18	28	26	72	24	28	25	77	26	29	30
11	28	27	28	83	26	28	28	82	21	27	10
12	21	23	25	69	21	24	26	71	25	25	12

* Sujet qui a été retiré des analyses statistiques.

Tableau 14

Scores individuels au C.R.F.-S des sujets
ne participant qu'à la première passation
et raison de leur absence à la seconde passation

Sujets	Comp.	Attrait	Conf.	Score global	Raison *
13	15	18	17	50	4
14	21	26	28	75	1
15	19	25	23	67	5
16	28	28	28	84	2
17	23	23	24	70	3
18	24	28	26	78	3
19	23	24	24	71	2
20	24	24	24	72	2
21	21	21	21	63	2
22	15	6	17	38	2
23	24	24	28	76	1
24	24	17	28	69	1
25	15	18	19	52	1

- * Raison:
1. Pas rejoint dans un délai de 2 semaines
 2. Moins de 5 rencontres thérapeutiques
 3. Plus de service téléphonique
 4. Désistement
 5. Non disponible

Retour sur le processus thérapeutique

1. Dans vos propres mots, quelles étaient les raisons (les motifs) qui vous ont amené(e) à consulter en psychothérapie? ¹
-

- Sujet # 1 : Suite à une tentative de suicide. J'avais besoin de me retrouver et surtout de trouver des buts dans ma vie et de cesser d'avoir des idées suicidaires.
- Sujet # 2 : Pour apprendre à m'aimer à me voir tel que je suis. Apprendre à prendre la place que j'ai dans ce monde d'aujourd'hui. Etre capable de vivre pour moi en meilleure condition. Etre capable d'accepter de faire des erreurs. Faire des choix.
- Sujet # 3 : Je me sentais au fond du précipice.
- Sujet # 4 : Je me rendais compte de mes difficultés à faire face au monde dit "normal". J'étais au bord du suicide.
- Sujet # 5 : J'avais un très grand besoin d'aide. Comme le CUCP m'offrait de l'aide à prix abordable.
- Sujet # 6 : Je sentais que j'avais besoin d'aide, que j'étais dans un tournant de ma vie, qu'il était essentiel que je trouve en moi les causes de mon désarroi.
- Sujet # 7 : Dépressive, avait aucun goût à la vie, pas de motivation, pas d'énergie.
- Sujet # 8 : Tentative de suicide, dépression.
- Sujet # 9 : J'ai été référé par une diététicienne pour suivre une thérapie afin de contrôler ma façon de manger, guérir mes accès de "boulimie".
- Sujet # 10 : A bout de souffle, mal de vivre.
- Sujet # 11 : J'avais des problèmes à me comprendre.
- Sujet # 12 : J'ai déjà été en thérapie lorsque j'étudiais à Sherbrooke. J'avais le désir de poursuivre. Je manque de confiance en moi et j'ai du mal à être moi-même. Je ne suis pas bien dans ma peau.

¹Nous avons fait le choix de reproduire textuellement les réponses des sujets, y compris les fautes de français.

2. Est-ce que l'attente entre le moment de votre inscription et votre premier rendez-vous vous a semblé longue? Expliquer.
-

Sujet # 1 : Non. Je me suis inscrite en juillet, j'ai été appelée en septembre.

Sujet # 2 : Oui, car je me suis inscrite en mars 87 et j'ai commencé en août 88.

Sujet # 3 : Très long, le besoin était urgent.

Sujet # 4 : Non. Je n'ai pas attendu plus de 4 jours: j'étais sur la liste d'urgence.

Sujet # 5 : Un peu. (Mais entretemps, j'étais suivi par un psychologue par mon employeur). Sinon j'aurais trouvé l'attente longue, car j'étais au bord du suicide.

Sujet # 6 : Oui, je pensais même que je n'aurais pas droit à un psychothérapeute! De septembre à novembre, c'est long.

Sujet # 7 : Un peu, mais ça m'a donné le temps de réfléchir ma décision de suivre une thérapie.

Sujet # 8 : Non, ça été très bien.

Sujet # 9 : Un mois, non, nous étions dans la période des Fêtes de Noël, et j'ai commencé vers le 15 janvier.

Sujet # 10 : Oui, j'avais l'impression de ne pas pouvoir survivre jusque là.

Sujet # 11 : Non.

Sujet # 12 : Oui. Je ne me rappelle plus combien ça l'a pris de temps, environ plus d'un mois. Il a fallu que j'y repense un peu quand on m'a appelé pour m'offrir une place.

3. Comme dans toute relation interpersonnelle, vous deviez avoir certaines attentes en thérapie par rapport au thérapeute, quelles étaient ces attentes?
-

- Sujet # 1 : L'écoute de mes problèmes; être à l'aise avec le geste que j'avais posé.
- Sujet # 2 : De travaillé avec ce que mon passer a nuit dans mon fonctionnement et voir ce que j'améliorerais.
- Sujet # 3 : Allez en profondeur.
- Sujet # 4 : M'aider à mieux vivre en retrouvant cet appétit de la vie que j'avais avant la dépression.
- Sujet # 5 : Qui ne me juge pas, qui m'aide à m'en sortir, qui ne rit pas de certains de mes comportements.
- Sujet # 6 : D'aide, d'écoute, d'amitié même. Qu'il soit capable de me guider dans mon cheminement.
- Sujet # 7 : D'être à l'aise, être capable de dire ce que je pensais, ne pas me sentir jugée.
- Sujet # 8 : J'étais renfermer, il m'a aidé à sortir, j'étais deprative il m'a aidé.
- Sujet # 9 : Comprendre le pourquoi de mon attitude face à la nourriture.
D'essayer de contrôler certains comportements qui me pousse vers un dérèglement de ma façon de manger.
- Sujet # 10 : M'outiller pour mieux vivre. Apprendre à me centrer sur mes émotions. Cesser les paniques.
- Sujet # 11 : Etre motivé et avoir des conseil.
- Sujet # 12 : Une bonne compréhension, de la douceur, de la ténacité, de la patience et de l'assurance personnelle, de l'empathie.

4. Au fil des rencontres, quelles ont été les attentes et besoins qui ont été comblés?

- Sujet # 1 : A peu près tous, mes problèmes se sont éclaircis. S'ils ne sont pas tous réglés, j'ai du moins des solutions.
- Sujet # 2 : Je prend plus souvent ma place et je m'affirme plus qu'avant je vois qui je suis et accepte ce que je suis plus facilement.
- Sujet # 3 : Surface.
- Sujet # 4 : Besoin de compréhension d'un homme équilibré et très délicat qui m'a amené au réalisme de la vie.
- Sujet # 5 : Mes besoins et attentes ont été comblés. Je voulais tellement m'en sortir que la confiance s'est tout de suite installée entre nous. Il m'aidait, me comprenait, ne me jugeait. C'était un très bon thérapeute.
- Sujet # 6 : J'ai compris le pourquoi de mes agissements ce qui m'empêchait de me réaliser, d'être qui je suis, de réaliser mon potentiel.
- Sujet # 7 : Tout ce que j'ai énuméré plus haut.
- Sujet # 8 : 1- Tentative suicide a été comblé.
2- Avait des problèmes communication avec mes parent comblé.
- Sujet # 9 : J'ai plus de réponses à mes interrogations personnelles. Je prends plus le temps d'attendre une réponse de mon intérieur.
- Sujet # 10 : 1- l'écoute 2- le soutien 3- les outils
- Sujet # 11 : A voir clair en moi.
- Sujet # 12 : J'ai reçu beaucoup de compréhension l'empathie de la thérapeute est très bonne. Sur le plan interpersonnel mes attentes sont toutes comblées.

5. Les attentes et besoins non comblés ou partiellement comblés?

- Sujet # 1 : Je suis encore craintive de me retrouver seule pour trouver des solutions.
- Sujet # 2 : Etre capable de me faire comprendre par mes proches ne pas me sentir souvent coupable et de me justifier.
- Sujet # 3 : Je n'ai rien réglé de mes besoins en profondeur.
- Sujet # 4 : Il me reste encore du travail à faire sur ma personnalité.
- Sujet # 5 : La thérapie m'a fait beaucoup grandir, je ne crois pas que j'ai des attentes ou besoins non comblés.
- Sujet # 6 : Je crois qu'ayant été plus loin que je l'aurais cru au départ, tous mes besoins ont été satisfait. Je recommande à mes amis le CUCP.
- Sujet # 7 : Inceste (pas familial à ça) n'a pas décodé comme dans d'autre domaine.
- Sujet # 8 :
- Sujet # 9 : La peur de la solitude persiste.
- Sujet # 10 : J'ai pas réussie à tout extérioriser.
- Sujet # 11 : D'être motivé.
- Sujet # 12 : J'ai un bout de chemin de fait, des bouts de casse-tête de ramassés, il me reste à les mettre ensemble.

Il y a un besoin que je voudrais qui soit comblé; avoir un numéro de téléphone lorsque j'ai un urgent besoin de parler.

6. Quelles ont été les raisons qui vous ont amené(e) à mettre fin à la thérapie?

Sujet # 1 : Je vais mieux.

Sujet # 2 : J'ai arrêté temporairement ma thérapie.

Sujet # 3 : Je n'avance pas

Sujet # 4 :

Sujet # 5 : Je m'en suis sorti.

Sujet # 6 : Les vacances d'été.

Sujet # 7 : Je me sentais bien dans ma peau, heureuse, beaucoup plus calme et prête à faire mon bout de chemin.

Sujet # 8 : Je sentais plus le besoin allé en thérapie.

Sujet # 9 : Le thérapeute a accepté un emploi ailleurs.

Sujet # 10 : Le manque de confiance envers toutes thérapie!

Sujet # 11 : Je me sentais assez forte pour continuer toute seule.

Sujet # 12 :

7. Avec du recul, quand vous regardez l'ensemble des rencontres de thérapie, quel est votre degré de satisfaction face à cette démarche? Expliquer.
-

- Sujet # 1 : Je suis très satisfaite, enfin je peux envisager d'amorcer des projets d'avenir. Je vois la vie de façon plus positive.
- Sujet # 2 : Je suis satisfaite mais je le serais davantage si j'avais comprise que je dirigeais moi-même ma thérapie. Il aurait fallu que je veuille pas toujours tout conduire.
- Sujet # 3 :
- Sujet # 4 : J'ai l'impression d'avoir grandi de l'âge de 14 ans à mon âge de jeune femme en maturité. Ce qui me manquait jusqu'à date.
- Sujet # 5 : Ce n'est pas explicable, je suis une autre personne. Maintenant je crois en la vie, et je m'aime avec mes limites.
- Sujet # 6 : Totalelement. Etant prêt à la démarche, ayant fait les premiers pas pour la faire, ayant tenu un journal intime depuis longtemps, les événements se sont précipités et j'ai accompli plus que prévu.
- Sujet # 7 : Je suis emballée et fière de m'être payé ce service ça m'a rapportée parce que je voulais et ça m'a fait voir que j'étais très exigeante et négative.
- Sujet # 8 : Très positif. Maintenant je suis plus prête à affronter la vie.
- Sujet # 9 : Satisfaite puisque je peux analyser plus facilement mes comportements face à mon mode de vie.
- Sujet # 10 : Bonne, mais j'aurais du continuer pour plus approfondir le pourquoi de mon mal-être.
- Sujet # 11 : Oui, parce que j'ai découvert des choses que je ne soupçonnais pas.
- Sujet # 12 : Je suis très satisfaite. C'est un besoin très grand pour moi de consulter et à chaque semaine j'avancais dans mon cheminement.

8. Avez-vous atteint les résultats espérés? Lesquels?

- Sujet # 1 : Oui, mes idées noires se sont estompées. Mes problèmes sont plus clairs. J'ai espérance dans la vie.
- Sujet # 2 : Les jours que je me sens mal sont moins nombreux et durent moins longtemps. Je suis satisfaite mais ce n'est pas fini.
- Sujet # 3 : Non.
- Sujet # 4 : Oui. Une plus grande autonomie envers ma famille, la joie de vivre et un espoir d'un jour aimer de nouveau (je suis fraîchement divorcée).
- Sujet # 5 : Oui, j'ai atteint certains résultats. J'en aurais d'autres, j'en suis certaine (l'acceptation de soi, et aimer la vie).
- Sujet # 6 : Oui, prendre confiance en moi, savoir le pourquoi de mes hésitations dans la vie, m'accepter comme je suis, me couper la barbe et espérer vivre une vie plus stable et moins me fier à l'extérieur pour m'escompter.
- Sujet # 7 : Oui, goût à la vie, moins dépendante des gens qui m'entourent. Moins impatiente et colérique avec les enfants.
- Sujet # 8 : 1- être moins renfermer
2- communication avec ma mère
3- parlé plus
4- ma dépraision
- Sujet # 9 : Non, je n'ai pas changé beaucoup de choses dans mon mode de vie. Je suis encore à l'étage de la remise en question de mon comportement.
- Sujet # 10 : Non.
- Sujet # 11 : Oui.
- Sujet # 12 : Pas encore. Je crois que la thérapie c'est un processus.

9. Ajoutez tout commentaire concernant le (la) thérapeute, la thérapie, la recherche sur les services offerts.

- Sujet # 1 : Ma thérapeute est sensationnelle, très positive, à l'écoute de moi, très compréhensive - en un mot je suis heureuse que j'ai pu cheminer avec elle.
- Sujet # 2 : J'aurais aimé qu'elle me fasse voir que je conduisais toujours tout cela aurait permis de lâcher prise avant. Parfois on se voit pas toujours nous-même. Mais j'aurais aimé cela qu'elle me dise ce que je faisais pas correcte.
- Sujet # 3 : Il venait avec son bagage, mais il manquait de vécu.
- Sujet # 4 : Le CUCP gagnerait à être plus connu car la plupart des personnes sortant de l'hôpital n'ont pas un suivi psychologique adéquat et n'ont pas les moyens de se le procurer auprès d'un psychologue 40\$/heure.
- Sujet # 5 : Je recommande ce Centre, et surtout le thérapeute. Il est aimable, très calme, ne juge pas, Il fait beaucoup réfléchir sur certains comportements. Je suis entièrement satisfaite du service que j'ai reçu.
- Sujet # 6 : J'adore mon thérapeute. J'ai eu une excellente relation avec lui. Il m'a donné confiance, accepté tel que j'étais, je sentais en lui la volonté de m'aider et la compétence pour le faire. J'ai même encouragé fortement beaucoup de gens à recourir à votre service.
- Sujet # 7 : Pièce sombre plus triste, manque d'éclairage. Apprécie votre goût de mieux faire en faisant remplir les questionnaires, on sent un suivi, c'est le fun.
- Sujet # 8 : Moi je crois que les thérapeutes sont très qualifiés.
- Sujet # 9 : Les services offerts à l'Université sont nécessaires et devraient être plus connus du public. Il y a des besoins réels qui peuvent être comblés, les prix sont accessibles et la personne peut continuer plus longtemps son suivi.
- Sujet # 10 : Très bons services, bon(nes) thérapeute... mais toujours cette saleté de caméra, mais je comprend son utilité.
- Sujet # 11 :
- Sujet # 12 : A l'université de Sherbrooke, il y a un service de "rencontre-minute". Lorsque quelqu'un a un problème urgent, un besoin de se confier, ce service est là du lundi au vendredi de 1 heure trente à 4 heures trente. C'est très intéressant.

Remerciements

L'auteure remercie son directeur de mémoire, monsieur René Marineau, Doctorat de troisième cycle, professeur au Département de psychologie. Elle lui est reconnaissante pour son assistance éclairée, et sa grande disponibilité tout au long de cette démarche.

Elle remercie aussi pour leur collaboration messieurs Serban Ionescu, Doctorat d'Etat en psychologie et Michel Bossé, Doctorat de troisième cycle, ainsi que madame Marie-Claude Denis, Doctorat de troisième cycle, professeurs(e) et co-directeurs(trice) du Centre universitaire de consultation en psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Elle tient également à remercier tous(toutes) les thérapeutes - stagiaires du CUCP ainsi que leurs clients(es) pour leur active participation et contribution.

Sans toutes ces gens, la présente recherche n'aurait pu se réaliser.

Références

- ANGLE, S.S., GOODYEAR, R.K. (1984). Perceptions of counselor qualities: impact of subjects self-concepts, counselor gender and counselor introduction. Journal of counseling psychology, 31, 576 - 579.
- ATKINSON, D.R., CARSKADDEN, G. (1975). A prestigious introduction psychological jargon, and perceived counselor credibility. Journal of counseling psychology, 22, 180 - 186.
- BARAK, A., LA CROSSE, M.B. (1975). Multidimensional perception of counselor behavior. Journal of counseling psychology, 22, 471 - 476.
- CHARETTE, R., THIBOUTOT, J. (1981). La mesure de satisfaction: pertinence, limites et solutions. Revue québécoise de psychologie, 2, 3 - 20.
- CORRIGAN, J.D., DELL, D.M., LEWIS, K.N., SCHMIDT, L.D. (1980). Counseling as a social influence process: a review. Journal of counseling psychology, 27, 395 - 441.
- CORRIGAN, J.D., SCHMIDT, L.D. (1983). Development and validation of revisions in Counseling Rating Form. Journal of counseling psychology, 30, 64 - 75.
- DELL, D.M. (1973). Counselor power base influence attempt and behavioral change in counseling. Journal of counseling psychology, 20, 399 - 405.
- DELL, D.M., SCHMIDT, L.D. (1976). Behavioral cues to counselor expertness. Journal of counseling psychology, 23, 197 - 201.
- DUCKRO, P., BEAL, D., GEORGE, C. (1979). Research of the effects of disconfirmed client role expectations in psychotherapy: a critical review. Psychological bulletin, 86, 260 - 275.
- EPPERSON, D.L., PECNIK, J.A. (1985). Counselor Rating Form - short version: further validation and comparison to the long form. Journal of counseling psychology, 32, 143 - 146.
- FISCHER, G.N. (1987). Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale. Montréal: Presses universitaires de Montréal.
- GARFIELD, S.L., PRAGER, R.A., BERGIN, A.E. (1971). Evaluation of outcome in psychotherapy. Journal of consulting and clinical psychology, 37, 307 - 313.
- GOLDMAN, L. (1976). A revolution in counseling research. Journal of counseling psychology, 29, 543 - 552.
- GOLDSTEIN, A.P. (1966). Psychotherapy research by extrapolation from social psychology. Journal of counseling psychology, 13, 38 - 45.

- GUTEK, B.A. (1978). Strategies for studying client satisfaction. Journal of social issues, 37, 44 - 56.
- HACKMAN, H.W. CLAIBORN, C.D. (1982). An attributional approach to counselor attractiveness. Journal of counseling psychology, 29, 224 - 231.
- HEPPNER, P.P., DIXON, D.N. (1981). A review of the interpersonal influence process in counseling. Personnel and guidance journal, 59, 542 - 550.
- HEPPNER, P.P., HANDLEY, P.G. (1981). A study of the interpersonal influence process in supervision. Journal of counseling psychology, 28, 437 - 444.
- HEPPNER, P.P., HEESACKER, M. (1982). Interpersonal influence process in real-life counseling: investigating client perceptions, counselor experience level, and counselor power over time. Journal of counseling psychology, 29, 215 - 223.
- HEPPNER, P.P., PEW, S. (1977). Effects of diplomas awards, and counselor sex on perceived expertness. Journal of counseling psychology, 24, 147 - 149.
- HOLLAND, A.L., ATKINSON, D.R. (1987). Effects of sexual attitude and sex similarity on perceptions of the counselor. Journal of counseling psychology, 34, 322 - 325.
- LA CROSSE, M.B. (1975). Nonverbal behavior and perceived counselor attractiveness and persuasiveness. Journal of counseling psychology, 22, 563 - 566.
- LA CROSSE, M.B. (1977). Comparative perceptions of counselor behavior: a replication and extension. Journal of counseling psychology, 24, 464 - 471.
- LALONDE, G. (1980). L'emploi idéal en 4 minutes. Montréal: Les Editions de l'homme.
- LANGS, R. (1988). Thérapie de vérité - thérapie de mensonge. Paris: Presses universitaires de France.
- LARSEN D.L., ATTKISSON, C.C., HARGREAVES, W.A. NGUYEN, T.D. (1979). Assessment of client / Patient satisfaction: development of a general scale. Evaluation and program planning, 2, 197 - 207.
- LE TARTE, P. (1988). La paille... la poutre... et bien d'autres choses. Des faces cachées du transfert négatif et du contre-transfert. Revue française de psychanalyse, 52, 949 - 967.

- LINDEN, J.D., STONE, S.C., SHERTZER, B. (1965). Development and evaluation of an inventory for rating counseling. Personnel and guidance journal, 44, 267 - 276.
- LINDSAY, P.H., NORMAN, D.A. (1980). Traitement de l'information et comportement humain. Une introduction à la psychologie. Paris: Editions études vivantes.
- MURRAY, J., ABRAMSON, P.R. (1983). Bias in psychotherapy. New-York: Praeger.
- SANDLER, A.M., SANDLER, J. (1988). Destin du transfert ou des tin d'une relation d'objet. Revue française de psychanalyse, 52, 905 - 916.
- SCHEID, A.B. (1976). Clients' perception of the counselor: the influence of counselor introduction and behavior. Journal of counseling psychology, 23, 503 - 508.
- SCHMIDT, L.D., STRONG, S.R. (1971). Attractiveness and influence in counseling. Journal of counseling psychology, 18, 348 - 351.
- SEARLES, H. (1981). Le contre-transfert, Paris: N.R.F.
- SIEGEL, J.C., SELL, J.M. (1978). Effects of objective evidence of expertness and nonverbal behavior on client perceived expertness. Journal of counseling psychology, 25, 188 - 192.
- SILLAMY, N. (1983). Dictionnaire de psychologie. Paris: Bordas.
- SMITH, M.L., GLASS, G.V. (1977). Meta-analysis of psycho therapy outcome studies. American psychologist, 77, 752 - 760.
- STILES, W.B., SHAPIRO, D.A., FIRTH-COZENS, J.A. (1988). Do sessions of different treatments have different impacts? Journal of counseling psychology, 35, 391 - 396.
- STOETZEL, J. (1978). La psychologie sociale. Paris: Flammarion.
- STRONG, S.R. (1968). Counseling: an interpersonal influence process. Journal of counseling psychology, 15, 215 - 224.
- STRONG, S.R. (1971). Experimental laboratory research in counseling. Journal of counseling psychology, 18, 106 - 110.
- STRONG, S.R., DIXON, D.N. (1971). Expertness, attractiveness, and influence in counseling. Journal of counseling psychology, 18, 562 - 570.
- VARGAS, A.M., BORKOWSKI, J.G. (1983). Physical attractiveness: interactive effects of counselor and client on counseling process. Journal of counseling psychology, 30, 146 - 157.

YACINO, B.J., HARDIN, S.I. (1985). Relation of type of problem and expectations of counselor knowledge and understanding to students' gender preferences for counselors. Journal of counseling psychology , 32, 197 - 205.

ZAMOSTNY, K.P., CORRIGAN, D.J., EGGERT, M.A.(1981). Replication and extension of social influence processes in counseling: a field study. Journal of counseling psychology, 28, 481 - 489.